

УДК 618.386-07-084-085

ЧАЙКА В.К., ГОВОРУХА И.Т., АКИМОВА И.К., БЕЛОУСОВ О.Г.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ СТРАТЕГИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВОССТАНОВЛЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТЬЮ

Резюме. Цель: повысить эффективность диагностических и лечебных возможностей практического акушерства, направленных на снижение частоты преждевременных родов и улучшение перинатальных исходов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 704 женщины с восстановленной фертильностью, которые были разделены на две репрезентативные группы. В группу сравнения вошли 398 пациенток, диагностические и лечебно-профилактические мероприятия которым выполнялись согласно приказам МЗ Украины; основная группа — 306 пациенток, ведение которых осуществлялось по разработанной нами системе. В этой группе угрозу преждевременных родов устанавливали на основании экспресс-теста Actim Partus фирмы Medix Biochemica (Финляндия) и ультразвукового исследования. Для лечения угрозы преждевременных родов у 62 женщин из основной группы использовали трактоцил. В группе сравнения у 106 пациенток с угрозой преждевременных родов применялись β -адреномиметики.

Результаты. Внедрение в медицинскую практику диагностических маркеров угрозы преждевременных родов и лечения с применением трактоцила способствовало снижению частоты преждевременных родов с 36,4 до 23,8 % ($p < 0,05$). Недонашивание беременности в сроках с 22-й до 27-й недели удалось сократить с 5,6 до 1,6 % ($p < 0,05$), а с 28-й до 36-й недели — с 30,8 до 21,8 % ($p < 0,05$). Дети у матерей основной группы достоверно чаще, чем в группе сравнения, имели удовлетворительное состояние при рождении, в том числе благодаря снижению числа недоношенных, реже требовали проведения реанимационных мероприятий. О позитивном результате разработанной системы свидетельствует сокращение перинатальных потерь в 2,5 раза.

Выводы. Наблюдение за женщинами с восстановленной фертильностью необходимо начинать с момента наступления у них беременности, для диагностики угрозы преждевременных родов оценивать состояние шейки матки с помощью ультразвукового исследования и экспресс-теста Actim Partus. Использование трактоцила у женщин с угрозой преждевременных родов в сравнении с традиционным подходом позволяет снизить частоту преждевременных родов и перинатальных потерь. У женщин с многоплодной беременностью после постановки диагноза «угроза преждевременных родов» рекомендуем применять трактоцил, не теряя времени. При использовании атосибана для его внутривенного введения экономически выгодным является применение устройства Exadrop фирмы Braun (Германия), которое обеспечивает необходимый диапазон скорости инфузии в пределах рекомендованных доз препарата.

Ключевые слова: преждевременные роды, бесплодие, диагностика, лечение.

До настоящего времени в Украине сохраняется демографический кризис, поэтому важной задачей современного акушерства является борьба за сохранение каждой заложенной жизни [1]. Приоритетным направлением в улучшении демографических показателей может стать профилактика преждевременных родов. Частота этого осложнения беременности остается неизменной, а по некоторым данным, имеет тенденцию к увеличению [3, 7, 8, 10]. В развитых странах преждевременными родами завершается 7,5–12 % беременностей [3, 7, 8, 10]. По данным российских ученых, на долю третьего триместра гестации приходится от 25,6 до 30,0 % невынашивания [6].

Увеличение частоты преждевременных родов в развитых странах объясняют широким внедрением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), особенно при наличии многоплодия [3].

В Украине частота недонашивания беременности в разных регионах колеблется от 4,6 до 15 %, что свидетельствует о несовершенстве статистической отчетности [2].

© Чайка В.К., Говоруха И.Т., Акимова И.К.,
Белоусов О.Г., 2013

© «Медико-социальные проблемы семьи», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

Известно, что преждевременные роды — главная причина репродуктивных потерь, так как именно они определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Высокий уровень заболеваемости недоношенных детей сопряжен с частой инвалидизацией (до 50 %) [3].

Особую актуальность предупреждение преждевременных родов приобретает среди женщин с беременностью, наступившей после восстановления фертильности, у которых недоношивание регистрируется в 13–38 % случаев [4, 6]. В то же время осложненное течение гестации, характерное для таких пациенток, способствует различным нарушениям родового процесса и имеет негативное влияние на завершение родов.

Патогенез преждевременных родов до конца не изучен. В то же время известно, что существует несколько механизмов, активирующих сократительную деятельность матки. К таковым относят: запуск иммунологических реакций «трансплантат против хозяина», нарушение баланса между уровнями эстрогенового и прогестеронового влияния на матку в сторону избытка эстрогенов (за счет дефицита локального или системного выделения прогестерона, повышенного синтеза эстрогенов или усиленного их влияния), увеличение секреции дегидроэпиандростендиона, продуцируемого надпочечниками плода и матери, являющегося субстратом для плацентарного эстрогена, повышение биосинтеза простагландинов в матке, избыточное выделение окситоцина (плодового или материнского) и количества рецепторов окситоцина в миометрии и отпадающей оболочке, снижение уровня ингибиторов простагландинов, активация инфекционных факторов [6].

Несмотря на усовершенствование знаний о патогенезе, не существует единого мнения относительно ведущего регуляторного механизма в активации сократительной функции матки. Направления терапевтического воздействия разнообразны и содержат: коррекцию гормональных нарушений с учетом коэффициента прогестерон/эстрадиол, стабилизацию метаболических окислительно-восстановительных процессов; улучшение функции эндотелия; нормализацию состава микрофлоры влагалищного биоценоза и санацию других очагов хронической инфекции; токолитическое воздействие на матку [6].

Лечение преждевременных родов зависит от срока беременности, состояния женщины и плода, наличия плацентарных нарушений, характера сократительной деятельности матки, степени изменений шейки матки. Несомненно, предотвращение преждевременного прерывания беременности будет возможным только в случае учета всех патологических процессов, приводящих к недоношиванию, при ранней диагностике угрозы преждевременных родов или их продромальных признаков и своевременной госпитализации беременной в акушерский стационар для предоставления всесторонней помощи, включая интенсивное неонатальное наблюдение.

Диагностика преждевременных родов традиционно основана на жалобах женщин на боли в нижней ча-

сти живота и пояснице, регистрации сократительной деятельности матки, оценке структурных и анатомических параметров шейки матки (консистенции, длины, открытия внутреннего и наружного зева), наличии пролабирования плодных оболочек. Повышенная маточная активность является неспецифичным симптомом и не всегда приводит к преждевременным родам. Согласно проведенным мегаисследованиям получены данные, что 40 % пациенток с жалобами на боли родили в срок доношенной беременности [6]. Но игнорировать эти симптомы также не представляется возможным, так как запоздалая диагностика может привести к неэффективности применяемой терапии, когда происходит критическое раскрытие шейки матки или преждевременно изливаются околоплодные воды и беременность завершается досрочными родами.

В настоящее время появилась возможность у беременных, угрожаемых по развитию преждевременных родов, найти объективные подтверждения и установить этот диагноз. Такими маркерами являются: оценка параметров шейки матки по данным ультразвукового исследования (УЗИ) и определение ее готовности к родам с помощью теста Actim Partus.

Цель: оценить эффективность диагностических и лечебных возможностей практического акушерства, направленных на снижение частоты преждевременных родов и улучшение перинатальных исходов.

Материал и методы

Под нашим наблюдением в Донецком региональном центре охраны материнства и детства с 2008 по 2012 год находилось 704 женщины с восстановленной фертильностью, которые были разделены на две репрезентативные группы. Группу сравнения составили 398 пациенток с беременностью, наступившей в результате восстановления фертильности разными методами, диагностические и лечебно-профилактические мероприятия которым выполнялись согласно приказам МЗ Украины. В основную группу вошли 306 женщин, ведение которых осуществлялось по разработанной нами системе. Оценка эффективности последней проводилась при сопоставлении с группой сравнения.

Учитывая, что метод лечения infertility влияет на течение гестации и ее завершение, женщины были разделены на подгруппы: после индукции овуляции и коррекции лютеиновой фазы — 180 пациенток группы сравнения и 153 основной группы; после оперативного лечения — 76 и 54; после вспомогательных репродуктивных технологий — 142 и 99 женщин соответственно.

Течение и завершение родов были оценены у 302 исследуемых группы сравнения и у 261 из основной группы. Также проанализировано состояние новорожденных детей. С учетом многоплодности, случаев невынашивания беременности и мертворождения количество живых детей в группе сравнения составило 400, в основной группе — 342.

Угрозу преждевременных родов диагностировали благодаря экспресс-тесту Actim Partus фирмы Medix

Biochemica (Финляндия), позволяющему определять готовность шейки матки к родам. С помощью теста в слизи цервикального канала выявляли фосфорилированную форму протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста, и при его концентрации больше предельного значения (10 мкг/л) в тестовом поле появлялась голубая полоска (положительный результат), которая свидетельствует об угрозе преждевременных родов.

При УЗИ определяли следующие параметры шейки матки: длину цервикального канала, его форму (Т-, V-, U- и Y-образный) и измеряли раскрытие внутреннего зева.

Вариабельность длины шейки матки при физиологичной беременности составляет 35–50 мм в 18 недель, 27–42 мм — в 24 недели, 26–41 мм — в 28 недель. Вторым показателем, который оценивался, является состояние внутреннего зева шейки матки. При неосложненном течении беременности он закрыт или не превышает 5 мм. Существует мнение, что открытие внутреннего зева до 6 мм после 30 недель гестации является нормальным состоянием шейки матки [9].

В соответствии с существующими документами в Украине антенатальная помощь беременным с преждевременными родами предоставляется в следующих направлениях: предотвращение или задержка наступления преждевременных родов для проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома плода и осуществления транспортировки в стационар с возможным предоставлением интенсивной неонатальной помощи.

Согласно разработанной нами системе, профилактики преждевременных родов у женщин основной группы начинали с момента наступления беременности и осуществляли по индивидуально разработанной программе, особенности которой определяются патогенетическими формами бесплодия и методом его лечения [5].

Для лечения угрозы преждевременных родов у 62 беременных из основной группы начинали с 22-й недели незамедлительно проводилось внутривенное введение атосибана (трактоцила) сначала в концентрации 7,5 мг/мл в 0,9 мл раствора струйно в течение 1–3 минут, после чего выполнялась капельная инфузия 100 мл раствора той же концентрации в течение трех часов. Для обеспечения поддерживающего эффекта

осуществлялось повторное введение такого же раствора до 45 часов.

В фармакологическом отношении трактоцил — это селективный антагонист рецепторов окситоцина, который обладает специфическим сродством только к рецепторам матки и подавляет сократительную способность миометрия, обеспечивая, таким образом, патогенетический подход к лечению преждевременных родов. Приоритетная роль данного токолитика определяется его высокой эффективностью вместе с хорошей переносимостью.

Для достижения точного дозирования препарата и соблюдения долгосрочного режима введения нами использовалась не общерекомендованная камера для внутривенной микрокапельной инфузии (инфузомат), которая имеет высокую стоимость, а устройство для внутривенного введения Ehadrop фирмы Braun (Германия). Эта система обеспечивает удобный диапазон скорости инфузии в пределах рекомендованных доз атосибана и является во много раз более дешевой.

В группе сравнения у 106 пациенток с угрозой преждевременных родов применялись β-адреномиметики.

Результаты исследований и их обсуждение

По нашим данным, в случае угрозы недонашивания беременности начиная с 16–17-й недели наблюдалось укорочение шейки матки менее 25 мм, которое могло сопровождаться открытием внутреннего зева более чем на 5 мм с возможным изменением формы цервикального канала на V-, U- и Y-подобную за счет пролабирования плодных оболочек.

У первородящих достоверным признаком угрозы преждевременных родов было укорочение шейки матки с увеличением срока беременности, тогда как у повторнородящих таким признаком было открытие внутреннего зева больше чем на 6 мм.

Угроза преждевременных родов у женщин основной группы диагностирована в 62 (20,3 %) случаях, в группе сравнения — в 106 (26,6 %). У беременных после ВРТ такое осложнение наблюдалось значительно чаще (основная группа — 37 (37,4 %); группа сравнения — 58 (40,8 %)), чем после консервативного (19 (12,4 %) и 38 (21,1 %)) и оперативного лечения бесплодия (6 (11,1 %) и 10 (13,2 %) соответственно).

Установлено, что тест Actim Partus был положительным у 61 (98,4 %) из 62 женщин с таким акушерским осложнением, в одном случае он был ошибочно отрицательным (1,6 %). Согласно нашим наблюдениям, для определения угрозы преждевременных родов тест Actim Partus можно использовать начиная с 24–25-й недели.

Всем женщинам основной группы с угрозой преждевременных родов назначался трактоцил, кроме того, в 11 случаях возникла необходимость в повторном его использовании, применение этого токолитика трижды — у трех беременных. В группе сравнения использовали β-адреномиметики.

Внедрение в медицинскую практику маркеров риска развития преждевременных родов и лечения

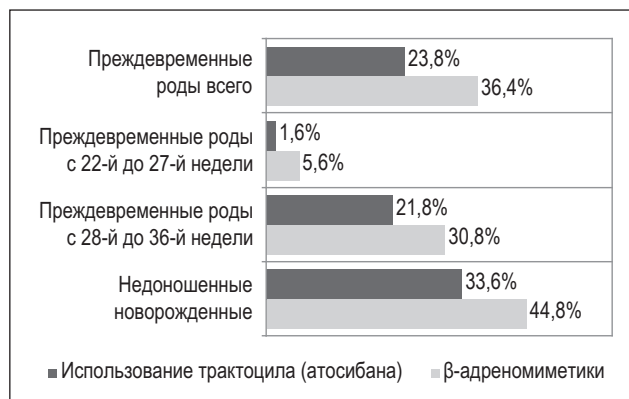


Рисунок 1. Эффективность использования трактоцила у женщин с угрозой преждевременных родов (%)

с применением внутривенного введения трактоцила способствовало снижению частоты преждевременных родов в 1,5 раза (с 36,4 до 23,8 %, $p < 0,05$). Необходимо также указать, что недонашивание беременности в сроках с 22-й до 27-й недели удалось сократить с 5,6 до 1,6 % ($p < 0,05$), а в поздний фетальный период (с 28-й до 36-й недели) — с 30,8 до 21,8 % ($p < 0,05$) (рис. 1).

Оценивая мероприятия, проведенные на этапе восстановления репродукции, следует отметить превалирование недонашивания гестационного процесса среди пациенток, которым проводилась стимуляция овуляции, и как результат — чаще наблюдалось многоплодие. Давно известно, что многоплодные беременности сопряжены с повышенным риском преждевременных родов. При наличии двух плодов преждевременными родами заканчивается 60 % беременностей, а при большем количестве плодов — почти все беременности [3]. Учитывая это, мы посчитали возможным использовать трактоцил у 28 женщин, которые вынашивали двойни, и у 2 пациенток с тройнями. Кроме того, введение данного токолитика нами применено в 4 (6,5 %) случаях при аномальном (низком) прикреплении плаценты. Обращаем внимание на отсутствие нарушений функции печени в основной группе в отличие от группы сравнения, где назначались β -адреномиметики. Кроме того, нами не регистрировались случаи с повышенной послеродовой кровопотерей у рожениц, которым при беременности применялся трактоцил.

Также частоту недонашивания беременности удалось сократить при использовании предложенных диагностических и лечебных мероприятий в сравнении с традиционным подходом в зависимости от метода лечения бесплодия: после ВРТ — с 57,8 до 36,5 %, ($p < 0,05$); после консервативного лечения — с 34,9 до 22,2 %, ($p < 0,05$); после оперативных вмешательств — с 10,6 до 9,6 % ($p < 0,05$).

Процент физиологических родов при предложенном подходе соответственно увеличился почти вдвое в подгруппах после консервативного (с 20,5 до 36,3 %, $p < 0,05$) и оперативного лечения (с 27,3 до 46,2 %, $p < 0,05$). У беременных после ВРТ, несмотря на положительные результаты клинических и гомеостазиологических показателей, абсолютное большинство родов (93,2 %) были осложненными из-за высокого процента кесаревых сечений в связи с экстракорпоральным оплодотворением и многоплодием.

Предложенный подход способствовал значительному улучшению перинатальных исходов. Дети у матерей основной группы достоверно чаще, чем в группе сравнения, имели удовлетворительное состояние при рождении (соответственно 77,3 и 60,8 %, $p < 0,05$), в том числе благодаря снижению числа недоношенных (44,8 и 33,6 %, $p < 0,05$), реже требовали проведения реанимационных мероприятий (23,4 и 39,3 %, $p < 0,05$), в постнатальном периоде имели более высокие адаптационные возможности.

Следует подчеркнуть, что при использовании разработанных мероприятий в сравнении с традиционными процент детей, рожденных в удовлетворительном

состоянии, в подгруппах после ВРТ увеличился с 37,7 до 63,6 % ($p < 0,05$), после консервативного лечения — с 65,1 до 77,3 % ($p < 0,05$). Относительное число недоношенных новорожденных в этих подгруппах соответственно уменьшилось с 66,2 до 46,7 % ($p < 0,05$) и с 45,2 до 32,6 % ($p < 0,05$). Частота асфиксии у детей в подгруппе после ВРТ снизилась с 62,3 до 36,4 % ($p < 0,05$), после консервативного лечения — с 34,9 до 22,7 % ($p < 0,05$), после оперативного — с 13,1 до 3,2 % ($p < 0,05$).

О положительном результате разработанной системы свидетельствует сокращение перинатальных потерь в 2,5 раза (с 122,6 до 49,0 %, $p < 0,05$), в том числе ранней неонатальной смертности (с 87,5 до 35,1 %, $p < 0,05$).

Главным достижением данной работы явилось то, что ведение беременности и родов при предложенном подходе в сравнении с традиционным позволило увеличить количество женщин с восстановленной фертильностью, у которых беременность завершилась выпиской новорожденных домой, с 69,6 до 84,6 %.

Выводы

1. Наблюдение за женщинами с восстановленной фертильностью необходимо начинать с момента наступления у них беременности.

2. В случае подозрения на угрозу преждевременных родов для оптимизации их диагностики целесообразно учитывать маркеры риска их развития: оценку состояния шейки матки с помощью ультразвукового исследования и экспресс-теста Actim Partus фирмы Medix Biochemica, определяющего готовность шейки матки к родам.

3. Использование трактоцила у женщин с угрозой преждевременных родов в сравнении с традиционным подходом позволяет снизить частоту преждевременных родов с 36,4 до 23,8 % ($p < 0,05$), рождение недоношенных детей — с 33,6 до 44,8 % ($p < 0,05$) и перинатальных потерь — с 122,6 до 49,0 % ($p < 0,05$).

4. У женщин с многоплодной беременностью после постановки диагноза «угроза преждевременных родов» рекомендуем применять трактоцил, не теряя времени.

5. Относительно внутривенного введения трактоцила экономически выгодным является использование устройства Ehadrop фирмы Braun (Германия), которая обеспечивает необходимый диапазон скорости инфузии в пределах рекомендованных доз препарата.

Список литературы

1. Дудіна О.О. Деякі характеристики репродуктивного здоров'я жінок України / О.О. Дудіна, Г.Я. Пархоменко, Ю.Ю. Горобець // *Здоровье женщины*. — 2011. — № 7(68). — С. 146-151.
2. Жук С.І. Ефективне попередження передчасних пологів: від науки до практики / С.І. Жук // *Жіночий лікар*. — 2013. — № 1(45). — Доступ к журн.: <http://z-l.com.ua/ru/archive/>
3. Зайдиева З.С. Факторы риска и основные принципы терапии угрожающих преждевременных родов / З.С. Зайдиева, О.И. Михайлова, Е.В. Лукьянова // *РМЖ*. — 2009. — № 16. — Доступ к журн.: http://www.rmj.ru/numbers_463.htm
4. Каминский В.В. Токолитическая терапия: новые возможности / В.В. Каминский, С.И. Жук // *Жіночий лікар*. — 2008. — № 6. — С. 5-7.

5. Особенности ведения беременности и родов у женщин с излеченным бесплодием / В.К. Чайка, И.Т. Говоруха, И.К. Акимова, С.А. Ласачко // *Бесплодный брак: практическое руководство* / Под ред. В.К. Чайки. — Донецк: Лавис, 2012. — С. 347-380.

6. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. — М.: МИА, 2010. — 536 с.

7. Atosiban versus betamimetics in the treatment of preterm labour in Italy: clinical and economic importance of side-effects / J. Wex, A.M. Abou-Setta, G. Clerici, G.C. Di Renzo // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2011. — Vol. 157. — P. 128-135.

8. Di Renzo G.C. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor / G.C. Di Renzo, L.C. Roura // *J. Perinat. Med.* — 2006. — Vol. 34, № 5. — P. 359-366.

9. Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix / E.B. Fonseca, E. Celik, M. Parra [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 2007. — Vol. 357. — P. 462-469.

10. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity // S. Beck, D. Wojdyla, L. Say [et al.] // *Bull World Health Organ.* — 2010. — Vol. 88, № 1. — P. 31-38.

Получено 09.08.13 □

Чайка В.К., Говоруха І.Т., Акимова І.К., Білоусов О.Г.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДІАГНОСТИЧНІ І ЛІКУВАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ВІДНОВЛЕНОЮ ФЕРТИЛЬНІСТЮ

Резюме. Мета: підвищити ефективність діагностичних і лікувальних можливостей практичного акушерства, спрямованих на зниження частоти передчасних пологів і поліпшення перинатальних результатів.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилися 704 жінки з відновленою фертильністю, які були розподілені на дві репрезентативні групи. До групи порівняння увійшли 398 пацієнок, діагностичні та лікувально-профілактичні заходи яким проводилися згідно з наказами МОЗ України; основна група — 306 пацієнок, ведення яких здійснювалося за розробленою нами системою. У цій групі загрозу передчасних пологів встановлювали на підставі експрес-тесту Actim Partus фірми Medix Biochemica (Фінляндія) і ультразвукового дослідження. Для лікування загрози передчасних пологів у 62 жінок з основної групи використовували трактоцил. У групі порівняння в 106 пацієнок із загрозою передчасних пологів застосовувалися β-адреноміметики.

Результати. Впровадження у медичну практику діагностичних маркерів загрози передчасних пологів і лікування із застосуванням трактоцилу сприяло зниженню частоти передчасних пологів з 36,4 до 23,8 % ($p < 0,05$). Недоношування вагітності в термінах з 22-го до 27-го тижня вдалося скоротити з

5,6 до 1,6 % ($p < 0,05$), а з 28-го до 36-го тижня — з 30,8 до 21,8 % ($p < 0,05$). Діти в матерів основної групи вірогідно частіше, ніж у групі порівняння, мали задовільний стан при народженні, у тому числі завдяки зниженню числа недоношених, рідше вимагали проведення реанімаційних заходів. Про позитивний результат розробленої системи свідчить скорочення перинатальних втрат у 2,5 раза.

Висновки. Спостереження за жінками з відновленою фертильністю необхідно починати з моменту настання в них вагітності, дії діагностики загрози передчасних пологів оцінювати стан шийки матки за допомогою ультразвукового дослідження й експрес-тесту Actim Partus. Використання трактоцилу в жінок із загрозою передчасних пологів порівняно з традиційним підходом дозволяє знизити частоту передчасних пологів і перинатальних втрат. У жінок із багатоплідною вагітністю після визначення діагнозу «загроза передчасних пологів» рекомендуємо застосовувати трактоцил, не втрачаючи часу. Під час використання трактоцилу для його внутрішньовенного введення економічно вигідним є застосування пристрою Exadrop фірми Braun (Німеччина), що забезпечує необхідний діапазон швидкості інфузії у межах рекомендованих доз препарату.

Ключові слова: передчасні пологи, безпліддя, діагностика, лікування.

Чайка В.К., Говоруха І.Т., Акимова І.К., Білоусов О.Г.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

DIAGNOSTIC AND TREATMENT STRATEGIES FOR PRETERM LABOR PROPHYLAXIS IN WOMEN WITH RESTORED FERTILITY

Summary. Aim: to increase efficiency of the diagnostic and treatment possibilities of practical obstetrics, aimed on decline of preterm labor rates and improvement of perinatal outcomes.

Materials and Methods. 704 women with restored fertility were divided into two representative groups. 398 patients were in comparison group, diagnostic, treatment and preventive measures in them were carried out according to orders of the Ministry of Public Health of Ukraine. 306 patients from basic group were treated according to our worked out scheme. In this group the pregnancy termination threat was diagnosed by Actim Partus express-test manufactured by Medix Biochemica (Finland) and ultrasound examination. Tractocile was used for the preterm labor threat treatment in 62 patients from basic group. 106 patients from comparison group were treated by β-adrenomimetics in case of preterm labor threat.

Results. Diagnostic markers and tractocile using for preterm labor threat led to decreasing the preterm labor rate from 36.4 to 23.8 % ($p < 0.05$). Preterm labor decreasing in 22–27 gestational weeks was from 5.6 to 1.6 % ($p < 0.05$), and 28–36 weeks — from 30.8 to 21.8 % ($p < 0.05$).

Children from the mothers of basic group for certain more frequent, than in the group of comparison, had the satisfactory state at birth, due to the decline of number of preterm labor, rarer required realization of reanimation measures. To the positive result of the worked out system reduction of perinatal losses testifies by 2.5 times.

Conclusions. It is necessary to observe the women with the restored fertility from the moment of pregnancies offensive, for diagnostics of threat of preterm labor threat, to estimate the state of colli uteri by ultrasonic examination and express-test of Actim Partus. The tractocile using in women with preterm labor threat declined the preterm labor rates and perinatal losses in comparison with patients from comparison group. It is necessary the tractocile using for women with a multiply pregnancy and diagnosed preterm labor. At the use of tractocile, for his intravenous introduction economically advantageous is application of device of Exadrop manufactured by Braun (Germany), which provides the necessary range of speed of infusion within the limits of the recommended doses of preparation.

Key words: preterm labor, infertility, diagnosis, treatment.