



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)

ПРИКАЗ

«19» 05 2016 г.

г. Грозный

№ 124

Об утверждении клинического протокола «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах»

В целях оказания своевременной и качественной акушерско-гинекологической помощи женщинам во время беременности, в родах и в послеродовом периоде,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить клинический протокол «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах».
2. Руководителям медицинских организаций, имеющим в составе акушерско-гинекологическую службу:
 - 2.1. обеспечить оказание медицинской помощи в соответствии с протоколом;
 - 2.2. ознакомить с клиническим протоколом врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, врачей других специальностей, участвующих в оказании медицинской помощи женщинам.
3. Главному акушеру-гинекологу Минздрава ЧР Л.В. Тарамовой осуществлять контроль за своевременным и качественным выполнением протокола.
4. Контроль над исполнением данного приказа возложить на заместителя министра З.В. Исакову.

Приложение на 9 л.

Министр

Э.А. Сулейманов

Согласовано:

ЧРОО «Врачебная палата
Чеченской Республики»

Чеченская республиканская организация
профсоюза работников здравоохранения РФ





**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Руководителям органов
управления здравоохранением
субъектов Российской Федерации

**ПЕРВЫЙ
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Ректорам государственных
бюджетных образовательных
учреждений высшего
профессионального образования

Расположений пер. д. 3/25 стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994

тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

02 ОК1 2015 № 12-4/10/12-5805

На №

от

Директорам федеральных
государственных учреждений
науки

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет
книжечные рекомендации (протокол лечения) «Организация медицинской
защиты при пренатальных редких», разработанные в соответствии со
статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в
работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов
Российской Федерации: при подготовке нормативных правовых актов,
главными врачами перинатальных центров и родильных домов (отделений),
при организации медицинской помощи женщинам во время родов и в
послеродовом периоде, а также для использования в учебном процессе.

Приложение: 16 л. в 1 экз.

И.И. Каграманя

Торхова Ю.Е., 627-24-00*1544

УЧРЕЖДЕНИЕ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Входящий № 3446
10.10.2015

12. Koren G, Florescu A, Costei AM, Boskovic R, Moretti ME. (2006) Nonsteroidal antiinflammatory drugs during third trimester and the risk of premature closure of the ductus arteriosus: a meta-analysis. Ann Pharmacother;40:824-9
13. Management of Preterm Labor. ACOG Practice Bulletin No.127. Obstet Gynecol. June 2012 (48)
14. Seinen LH, Simons SO, van der Drift MA, van Dillen J, Vandenbussche JP, Iotgering FK. Maternal pulmonary oedema due to the use of atosiban in cases of multiple gestation. Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157(1):A5316. [Article in Dutch]
15. Sood BG, Jalic Botica M, Holzhausen KA, Pruder S, Kellog H, Salari V et al. (2011) The risk of necrotising enterocolitis after indomethacin tocolysis. Paediatrics;128: 54-62
16. Tocolysis for Women in Preterm Labour. Green-top Guideline No. 1b February 2011
17. U.S. Food and Drug Administration. (2011) FDA drug safety communication: new warnings against use of terbutaline to treat preterm labour. Silver Spring (MD): FDA; 2011. Available at: <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/tucm243539.htm>
18. van Vliet EC, Boormans EM de Lange TS, Mol BW, Oudijk MA. Preterm labor: current pharmacotherapy options for tocolysis. Expert Opin Pharmacother. 2014 Apr;15(6):787-97. doi: 0.1517/14656566.2014.889684. Epub 2014 Feb 17.
19. Vogel JP, Nardin JM, Downsweil T, West HM, Oladapo OT. Combination of tocolytic agents for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 11;7:CD006169. doi: 10.1002/14651858.CD006169.pub2.
20. Wielgos M, Bomba-Oponi DA. Tocolysis in preterm labour-current recommendations. Ginekol Pol. 2014 May;85(5):332-4.
21. Wright GA, Levy DM. Atosiban and non-cardiogenic pulmonary oedema. Int J Obstet Anesth. 2012 Jan;21(1):98; author reply 98-9. doi: 10.1016/j.ijoa.2011.06.007. Epub 2011 Aug 15.

СОГЛАСОВАНО
 Главный
 специалист
 Минздрава России
 по акушерству и гинекологии
 академик РАН
 Ю. В. Алаверд
 2015 г.



УТВЕРЖДАЮ
 Президент
 общества
 Российского
 акушеро-
 гинекологического
 общества



**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ
 ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

**Клинические рекомендации
 (протокол лечения)**

Сульфат магния	Приливы, потливость, тошнота, снижение сухожильных рефлексов, угнетение дыхания, остановка сердца. Подавляет ЧСС, сократимость левого желудочка при вазодилатации с блокаторами кальциевых каналов	Депрессия новорожденного	Миастиения Грависа
----------------	--	--------------------------	--------------------

Решение вопроса о трансформировке принимается после оценки эффективности токолиза в течение 2 часов.

При отсутствии эффекта от токолиза (сохранении схваткообразных болей внизу живота, наличии динамики со стороны родовых путей в отношении шейки матки в 3 см в более) в течение выделения других пренатальных показателей – пациентка остается в ЛПУ, трансформировка производится в родильном отделении Дальнейшее ведение производится в родильном отделении Клинической больницы (плохокроветельный) (Президиумские роды) 17.12.2013 № 15-4/10/2-9680

Профилактика РДС плода проводится при сроке 24-34 полные недели

Показания для профилактики РДС:

преждевременное излитие околоплодных вод;
клинические признаки ПР в 24-34 недели

Схемы:

2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг через 24 часа
4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг через 12 часов
3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов (оптимально)

Начинать в ЛПУ I-II группы сразу при поступлении пациентки.

Профилактика инфекционных осложнений

Назначение антибиотика с профилактической целью:

Ампицилин 2 г в/в сразу после диагностики ПР, затем по 1 г каждые 4 часа ИЛИ

Гентамицин 1-го поколения – начальная доза 1 г в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения.

Терапию продолжать на этапе эвакуации пациентки.

Диагностика преждевременных родов

Комплексная оценка: клинические симптомы и объективные исследования.

Прогностические маркеры преждевременных родов:

- определение длины шейки матки с помощью гинекологического исследования или УЗИ (< 2,0-2,5 см);
- определение фосфорилированного протейна-1, связывающего кальций, лабораторный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном канале.

Для диагностики активных преждевременных родов:

- регулярные схватки (не менее 4-х за 20 минут наблюдения);
- динамические изменения со стороны шейки матки;
- ПСИФР-1 в цервикальном канале.

Дородовое и послеродовое ведение при сроке беременности 22-34 недели

Диагностика ДИОВ:

оценить характер и количество выделений через 1 час, обмото стерильными зеркалами;

пробы теста на элементы околоплодных вод (одноуровневые тест-системы: определены ПСИФР-1 или вилентарного альфа-микроглобулина);

УЗИ: олигогидрамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища.

Влагалищное исследование не проводить, кроме случаев, когда есть признаки активной родовой деятельности.

При поступлении беременных с риском ПР в ЛПУ I и II группы немедленно провести комплексную оценку для уточнения акушерской ситуации и трансформировать дистанционный консультативный центр с выездными бригадами для определения тактики дальнейшего ведения.

Токолиз – интервенция, которая может отсрочить преждевременные роды до 48 часов для транспортировки пациентки в стационар III группы и профилактики РДС. Токолитическая терапия любыми токолитиками не может проводиться более 48 часов. Поддерживающая терапия для профилактики преждевременных родов обоснована, поскольку неэффективна и дает ряд побочных эффектов.

Задачи токолиза:

Перевод пациентки с плодом in utero в перинатальный центр
Профилактика РДС

Очень важно избежать конгинент педиаток, которым показано проведение токолиза, поскольку только у 25% женщин со схватками в течение 24 часов произойдут роды, а у 61% беременность будет пролонгирована без всяких вмешательств. Гипердиагностика угрожающих преждевременных родов ведет к проведению необоснованных интервенций (госпитализации, назначению медикаментозной терапии).

— при использовании инфузатов: 75 мкг концентрата для инфузий (3 ампулы) разделяют в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида; скорость введения 0,075 мкг/мин

— указавшая дозировка используется как ориентировочная — подбирается индивидуально.

При использовании β₂-адреномиметиков необходимо:

контроль ЧСС матери каждые 15 минут, контроль АД матери каждые 15 минут, контроль уровня глюкозы крови каждые 4 часа; контроль объема вводимой жидкости и диуреза; аускультация легких каждые 4 часа; контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки (при наличии схваток - постоянный КТГ мониторинг).

Ингибиторы карбоангидразы – индометацин

100мг ректально, повторить через 1 час 100 мг, поддерживающая доза: по 50 мг каждые 4-6 ч в течение 48 ч.

Противопоказания:

— нарушение функции печени; — язвенная болезнь; — астма; — повышенная чувствительность к аспирину.

Противопоказания:

— нарушения свертываемости; — кровоточивость; — нарушения функции печени; — язвенная болезнь; — астма; — повышенная чувствительность к аспирину.

УВ. В России инъекционная не зарегистрирован в качестве обезболивающего средства, поэтому перво его применением необходимо назначить обезболивание инфузионное согласно инструкции на его использовании. Применение препарата возможно с 24 недель до 32 недель беременности [5, 13].

Сульфат магния может назначаться с целью нейропротекции для профилактики ДЦП у новорожденных после доставки пациентки в ЛПУ III группы. Поскольку свойства сульфата магния как токолитического препарата не доказаны, назначение его с этой целью нецелесообразно.

2-я линия	Нифедипин	20 мг рег ос	3 дозы по 20 мг через 30 минут рег ос, затем по 20-40мг каждые 4 часа до 48 часов	в течение первого часа 40 мг), 160 мг/сутки	Температура, пульс, АД, ЧД – каждые 15 минут, непрерывный КТГ – мониторинг (при наличии сокращений матки); мониторинг ЧСС плода	Инфузионное согласно с 24 нед
3-я линия	Рекоспролдин сульфат	10 мг (1 ампула по 2 мл) препарата	0,3 мкг/мин	430 мкг/сутки	ЧСС, АД, ЧД матери каждые 15 минут; уровень глюкозы крови каждые 4 часа; объем вводимой жидкости; диурез; аускультация легких; КТГ – мониторинг; контроль ЧСС плода	с 22 нед
4-я линия	Индометацин	100 мг ректально	По 50 мг каждые 4-6 ч в течение 48 ч	До 1000 мг	Постоянный контроль ЧСС плода	Инфузионное согласно с 24 до 32 недель беременности

Блокаторы рецепторов окситоцина

Антагонисты окситоциновых рецепторов являются принципиально новым классом фармакологических препаратов, они блокируют окситоциновые рецепторы, способствуя снижению тонуса миометрия и уменьшению сократимости матки. Кроме того, препараты этой группы угнетают эффекты вазопрессина путем связывания с его рецепторами. В эту группу входит препарат atosiban.

Атозибан вводят в/в в 3 последовательные этапы:

1. Вначале в течение 1 минуты вводится 1 флакон по 0,9 мл препарата без разведения (начальная доза 6,75 мг).

2. Сразу после этого в течение 3-х часов проводится инфузия препарата в дозе 300 мкг/мин (скорость введения 24 мл/час или 8 капель/мин.)

3) После этого проводится продолжительная (до 45 часов) инфузия атозибана в дозе 100 мкг/мин (скорость введения 8 мл/час или 3 капли/мин.)

Общая продолжительность лечения не должна превышать 48 часов. Максимальная доза на весь курс не должна превышать 330 мг.

Если возникает необходимость в повторном применении атосибана, также следует начинать с I этапа, на котором будет следовать инфузионное введение препарата (этапы 2 и 3). Повторное применение можно начинать в любом случае только после полного прекращения эффекта, повторять его можно до 3 циклов.

Побочные эффекты:

Среди побочных эффектов (возрастная доза, как 1 на 10) отмечены боль, головная боль, диарея, рвота, тахикардия, гипотония, реакция в месте введения, гипергликемия.

Максимальная побочная реакция (до 1 на 100 человек) для сердца, бессонница, зуд, сыпь.

Редкие побочные эффекты (около 1 на 1000 человек): аллергические проявления, аллергические реакции.

Блокаторы кальциевых каналов

Из обширной группы блокаторов кальция для терапевтической группы наиболее меньшей выраженности побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы блокаторы кальция являются верапамил, дилтиазем, флуандизем, фелодипин, а также нифедипин по сравнению с другими токсическими препаратами (A-1a):

— Мочевые выводят побочный эффект;

— Связываются с белками плазмы; не беременными (снизилась плазменная концентрация) — уменьшилось действие эрготамин, ВЖК и неснотворной жевухи).

В России нифедипин не зарегистрирован в качестве терапевтического средства, поэтому нет его применения необходимо для лечения коронарной атеросклерозной болезни и артериальной гипертензии. При лечении нифедипином следует соблюдать [5, 13].

Схема применения инфузии:

20 мг пер ор, далее — если сокращения матки сохраняются — через 30 минут 20 мг повторно — 3 дозы. Поддерживающая доза 20-40 мг орально каждые 4 часа в течение 48 часов. Максимальная доза 160 мг/сутки. Быть осторожными при увеличении дозы более 60 мг (риск серьезных побочных эффектов: гипотония, головная боль, тошнота) [14].

Побочные эффекты:

Следующие побочные эффекты были зарегистрированы по меньшей мере у 1% пациентов: запор, диарея, головокружение, гиперемия, головная боль, тошнота.

Могут быть следующие эффекты: изменение сердечной проводимости, расширение подкожных сосудов, лекарственный гепатит, задержка жидкости, гипокальциемия, гипогликемия, гипотония, тахикардия, изменение маточно-плацентарного кровотока.

Рекомендуемый мониторинг при токолизе нифедипином:

- постоянный контроль ЧСС: пока имеются маточные сокращения;
- измерение пульса АД каждые 30 минут в течение первого часа, затем каждый час в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.

Селективные β₂-адреномиметики

Препараты этой группы являются наиболее популярными в мировой практике, однако не применяются в большинстве развитых стран по причине высокой частоты осложнений.

Применение для использования β-адреномиметиков:

средств по-прежнему: заболелания матки (стенотоз устья аорты, миокардит, тахикардия), преэклампсия и приобретенные пороки сердца, нарушения сердечного ритма); гипертироз;

закрытоугольная форма глаукомы;

инсулинзависимый сахарный диабет;

дистресс плода, не связанный с гипертонусом матки.

Побочные эффекты:

тошнота, рвота, головная боль, гипотония, повышение уровня глюкозы крови, нервозность/беспокойство, тремор, тахикардия, одышка, боли в груди, отек легких;

по стертости плода тахикардия, гипербилрубинемия, гипокальциемия.

Тактика лечения эффекта зависит от дозы β-адреномиметиков. При повышенной тахикардии, гипотонии скорость введения препарата должна быть снижена, при появлении затруднений более введение препарата необходимо прекратить.

Рекомендуемые схемы:

Гексопреналина сульфат

— острый токолиз следует начинать с быстрого введения 10 мг (1 ампула по 2 мг) препарат, разведенного в 10 мл физиологического раствора, в течение 5-10 минут с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин;

— при проведении длительного токолиза рекомендуемая доза гексопреналина сульфата 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза 430 мкг. При приготовлении раствора для введения с использованием вентрикулярных систем концентрат для инфузий разводят 500 мл физиологического раствора натрия хлорида. Приготовленный раствор вводят в 6 капельно. Расчет дозы 0,3 мкг/мин соответствует: 1 ампула (25 мкг) — 120 капель в минуту, 2 ампулы (50 мкг) — 60 капель в минуту и т.д.;

Вопрос о назначении токолитических препаратов должен быть решен руководителем отделения (ответственным дежурным врачом):!

Показания для проведения токолиза:

Клиника (регулярные схватки: не менее 4 за 20 минут) при сроке беременности от 22 до 33 недель+6 дней.

Динамические изменения со стороны шейки матки (укорочение и сглаживание, увеличение степени раскрытия шейки матки)

ПСЖФР-1 в цервикальном канале (при наличии возможности проведения)

Противопоказания к токолизу:

срок беременности < 22* или ≥ 34 полных недель**,
 преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком >30 нед;
 задержка роста и/или признаки диспесса плода,
 хориоамнионит;

отслойка нормально или низко расположенной плаценты (опасность развития матки Кювельера);
 состояние, когда прерывание беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжелой экстрагенитальной патологии матери);
 пороки развития плода, несовместимые с жизнью,
 антенатальная гибель плода.

Примечание:

*6 большинство стран мира роды начинаются после 24 недели беременности, поэтому проведение токолиза противопоказано до 24 недели согласно рекомендациям профессиональных медицинских сообществ (ACOG, 2011; ACOG, 2012; RCP, 2015).

** при введении токолиза в сроке более 34 недель возможно в случае необходимости транспортировки пациентки с ИР из ЛПУ группы.

Токोलиз начинается в ЛПУ и продолжается при транспортировке

Таблица 1

Выбор токолитика

Токोलитик	Препарат	Безопасное введение	Поддерживающая терапия	Мин. доза	Контроль	Примечание
1-я линия	Атолеван	0,5 мг/кг	14 – 16 инфузий 23 мг/час (18 мг/ч)	330мг/48 часов	Температура, пульс, АД, ЧСС – каждый час; непрерывный КТГ – мониторинг (при наличии сокращений матки); мониторинг сокращения матки; ЧСС плода	с 24 нед

Токсигенные препараты и их побочные эффекты [5, 13]

Таблица 2

Препарат	Сосудосуживающие	Сосудорасширяющие и новорожденного	Противопоказания
Блокаторы кальциевых каналов	Головокружение, гипотония; брадикардия, нарушение сократимости, дислексия, трансаминаз. Повышен ЧСС, сократимость левого желудочка при использовании с блокаторами кальциевых каналов.	Нарушения маточно-плацентарного кровотока, задержка развития	Гипотензия, заболевания сердца (напрямик, аортальная недостаточность)
Антиагонисты Ренин-ангиотензиновой системы	Головная боль, головокружение, приливы, тахикардия, артериальная гипотензия, реакция на месте инъекции, гиперкалиемия, лихорадка, бессонница, зуд, сыпь, дисперсия, уремия, повышение креатинина, реакции		Хоризаминонит, отслойка плаценты, расстройство шейке матки, дистресс плода, плацентарная недостаточность, уремия, дисперсия, повышение пороков развития плода, антенатальная гибель плода, аллергия на конкретное лекарство
АСПВ	Тошнота, застойный рефлюкс, пистрит.	Внутриутробно сужение артериального протока, маловодие, акушерский дистресс, открытый артериальный проток у новорожденных	Дисфункция тромбоцитов или нарушение свертываемости крови, нарушение функции печени, вазопатия, заболевания почек, бронхиальная астма
Агонисты бета-адренорецепторов	Тахикардия, артериальная гипотензия, тремор, сердцебиение, одышка, дискомфорт в груди, отек легких и гипергликемия	Тахикардия у плода	Болезни сердца Сахарный диабет

Коллектив авторов:

Артымук Н.В.

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации д.м.н., профессор

Белокриницкая Т.Е.

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ГПС ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

Зеленная Е.М.

заместитель начальника Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, к.м.н.

Евлушенко И.Д.

профессор, д.м.н., зав.душой кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Ирстошопова Н.В.

заведующая кафедрой перинатальной и акушерской гинекологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, зам. главного врача по родозапомощению ГБУЗ Иркутская область «Знак Почета» областная клиническая больница д.м.н., профессор

Филиппов О.С.

заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, д.м.н., профессор

Список литературы:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерства и гинекологии» (за исключением случаев оказания вспомогательных репродуктивных технологий)
2. Клинические рекомендации (протокол лечения) Перинатальное ведение беременных Министрством здравоохранения Российской Федерации от 17.12.2013, Москва, 2013. 35 с
3. Austin RN, Campbell RS, Johannigmar JA, Branson RD. Transport Ventilators. *Respir Care Clin N Am* 2002; 8(1):110-150.
4. Claire G, Gagnier E, Fourniellie P, Petit J, Grolle C, Gros Charles M, Hader J, Anne L, Laroche E, Laroche Nathalie, Nathan-Darvitz Marc, Clavel Nicardine-Indebetzer Anne-Pulchérie, Fédou A. Rare but Severe Complication of Tocolytic. *Care Res Crit Care* 2014; 2014: 2427703.
5. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE TOCOLYTIC TREATMENT INTERROMANOV Institute of Obstetrics and Gynecologists, Royal College of Physicians of Ireland, A.M. Directorate of Strategy and Clinical Care Health Service Executive, Version 1.0 Date of publication April 2013 Guideline No 23 Revision date: April 2015
6. Dirol I, Londero AP, Adorati-Menegato A, Voerig E, Bertozzi S, Pochini G, Ferraro I, Castiglioni G, Paris F, Megali A, Marchesoni D. Therapy with aspirin and nifedipine factors for preterm delivery in patients undergoing tocolysis with atosiban or nifedipine for threatened preterm labour. *J Obstet Gynaecol* 2014. Nov;34(8):584-9. doi: 0.3109/01443615.2014.930094. Epub 2014 Jun 24.
7. Fernández A, Dominguez D, Delgado J. Severe non-cardiogenic pulmonary edema secondary to atosiban and steroids. *Int J Obstet Anesth* 2011 Apr;20(2):189-90. doi: 10.1016/j.ijoa.2010.09.003. Epub 2010 Dec 8.
8. Flanagan V, Reinbrant HE, Liley HG, Tambimuttu EG. Papatsonis DN. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Jun 6:CD004452. doi: 10.1002/14651858.CD004452.pub3
9. Grzesiak M, Aligned RB, Wilczynski J. Doppler evaluation of blood flow in fetal inferior vena cava during 48 hours atosiban administration in spontaneous preterm labor. *Neuro Endocrinol Lett* 2013;34(8):787-91.
10. Lagan S, Moutonnet JM, Marimón JC. Tocolysis for acute preterm labor: does anything work? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014 Jul 3:1-8. [Epub ahead of print].
11. King J, Flanagan V, Cole S, Thomson S. (2005) Cyclo-oxygenase (COX) inhibitors for treating preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001992. DOI 10.1002/14651858.CD001992.pub2.

