



КОРОТКАЯ ШЕЙКА – ДЕФИНИТИВНЫЙ ПАРАДОКС



Официальная наука столько раз меняла своё мнение об устройстве мира. Не факт, что то, за что сейчас присуждают премию, завтра не окажется всего лишь адаптацией старого заблуждения.

Ст. Хокинг



Коньков Д.Г.

Д.мед.н., кафедра акушерства и гинекологии №1

ЕВГЕНИКА - УЧЕНИЕ О ПУТЯХ УЛУЧШЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СВОЙСТВ ЧЕЛОВЕКА

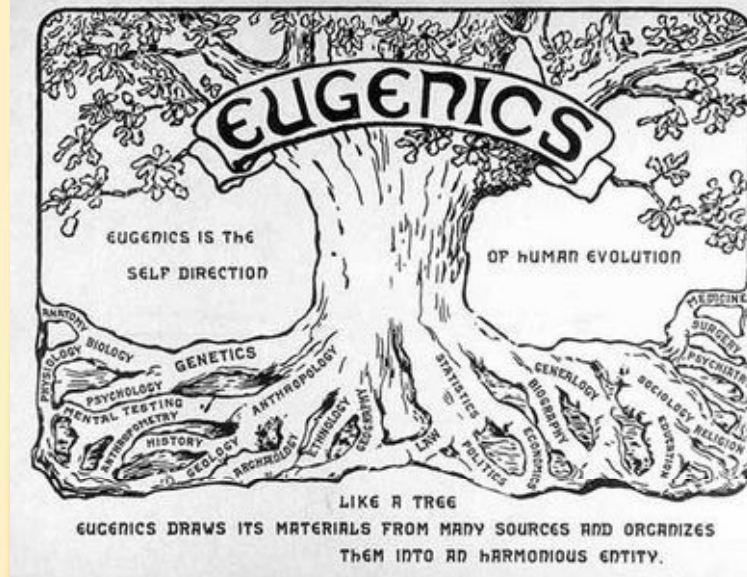
«Мы уничтожаем уродливое потомство и топим слабых и ненормальных новорожденных»

Сенека

55-60% преступников – неполноценные люди (слабоумные или «аморальные»), и эта неполноценность передаётся по наследству. И если этих людей лишить возможности размножаться, то и преступность и прочие пороки пойдут на спад.

в Северной Каролине стерилизация делалась автоматически всем людям, чей IQ был ниже 70.

Сегодня узаконенной евгеника остаётся только в Китае (в Японии евгенические законы были отменены в 1996 году, в Южной Корее в 2003). Так, при ряде генетических заболеваний в Китае мужчине и женщине позволено вступать в брак, только если они оба пройдут стерилизацию.



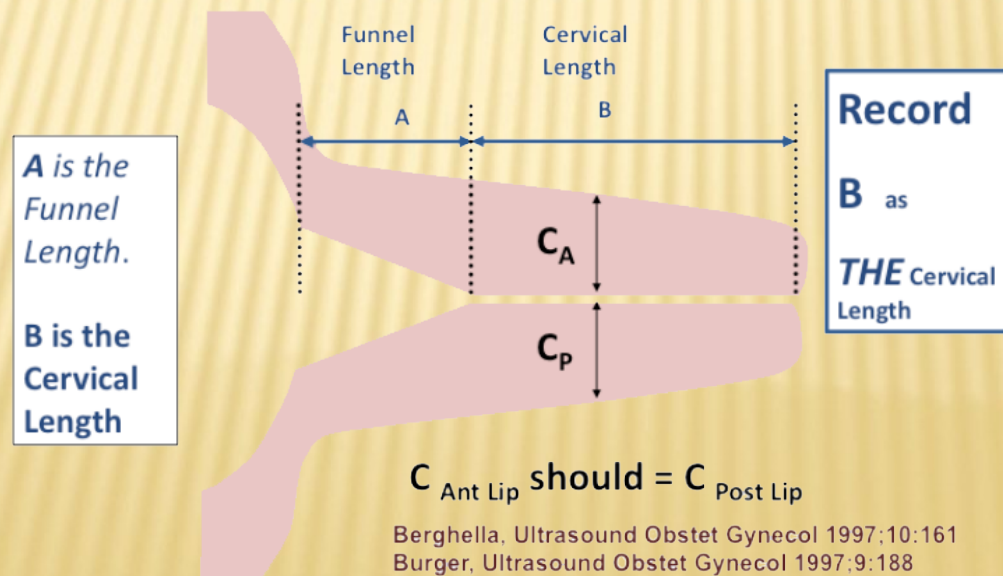
КОРОТКАЯ ШЕЙКА МАТКИ???

- ✘ МКБ-10 (O34.4)
- ✘ Другие аномалии шейки матки, требующие предоставления медицинской помощи матери
- ✘ Медицинская помощь матери при: полипе шейки матки, предшествовавшей операции на шейке матки, стриктуре и стенозе шейки матки, опухоли шейки матки.

КОРОТКАЯ ШЕЙКА МАТКИ

- < 20 мм при одноплодной беременности без предыдущих спонтанных ПР;
- < 25 мм при предыдущих спонтанных ПР;
- < 25 мм при многоплодной беременности

Measurement of the Cervix



ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОРОТКОЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ПОПУЛЯЦИИ **МЕНЕЕ 2%**: 484 ПАЦИЕНТКИ ИЗ 24620 ОБСЛЕДОВАННЫХ

ORIGINAL ARTICLE

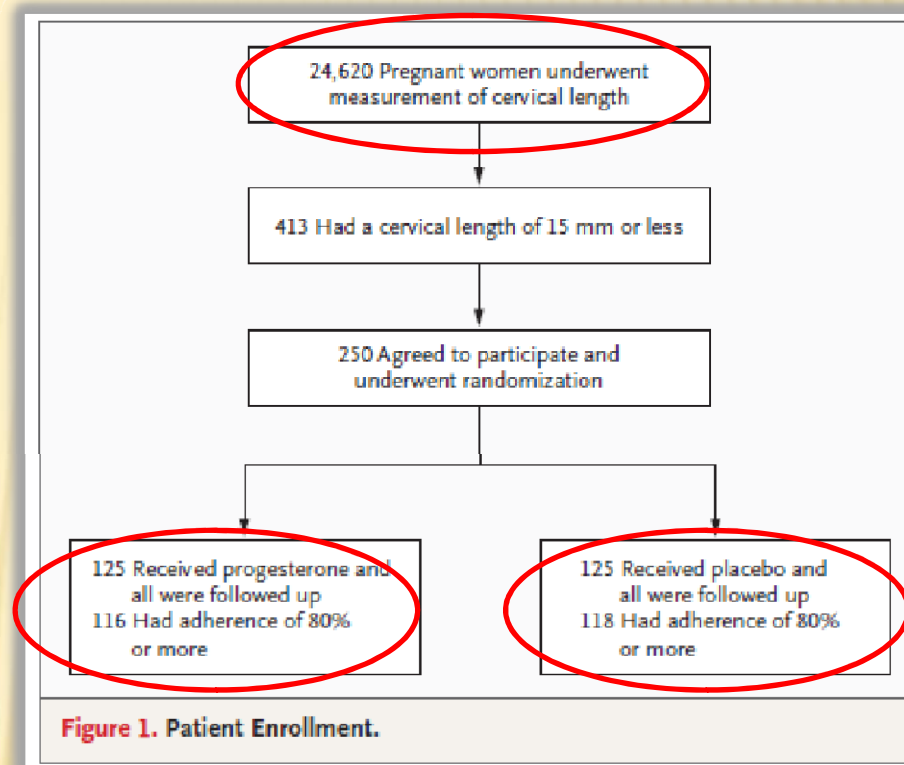
Progesterone and the Risk of Preterm Birth among Women with a Short Cervix

Eduardo B. Fonseca, M.D., Ebru Celik, M.D., Mauro Parra, M.D.,
Mandeep Singh, M.D., and Kypros H. Nicolaides, M.D.,
for the Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group*

Специалист должен обладать экспертизой в проведении вагинального УЗИ:



**Cervical assessment
Theoretical Course**



-
- ✘ Длина шейки матки 2,5 см и более свидетельствует об отсутствии угрозы ПР, но возможно требует мониторингования при ПР и ПВ в анамнезе
 - ✘ Длина шейки 1,5 см и меньше говорит о возможности ПР в 10%
 - ✘ Женщины с укороченной шейкой матки формируют группу риска, но **необязательно они будут рожать преждевременно**

При одноплодной беременности у женщин без предыдущих преждевременных родов, но с укороченной шейкой (**15 мм или меньше**), найденной во время скринингового УЗИ в **20-24тиж.**, риск родов до 34 нед. очень высок

- Несмотря на частичный успех лечения **остается большая потребность в** дальнейших мероприятиях по уменьшению частоты преждевременных родов при беременностях высокого риска

ЕХОЦЕРВИКОМЕТРИЯ: ПОЗИЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

- ✘ **2009** год - Фонд Медицины Плода (Fetal Medicine Foundation, FMF,)
- ✘ Учебный курс по способу ультразвукового исследования длины шейки матки и расчетов личных рисков ПР
- ✘ <http://www.fetalmedicine.com/fmf/online-education/05-cervical-assessment/>
- ✘ **2011** год - Канадское Общество акушеров-гинекологов (SOGC)
- ✘ Клиническая установка: "Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in Singleton Pregnancies".



(<http://www.fmfua.com/fmc>)



(<http://www.fetalmedicine.org>)

The owner of all information translated here in Ukrainian language is The Fetal Medicine Foundation (UK, London), www.fetalmedicine.com (<http://www.fetalmedicine.com>) / Власником усієї перекладеної тут українською мовою інформації є The Fetal Medicine Foundation (UK, London), www.fetalmedicine.com (<http://www.fetalmedicine.com>)

Освіта наживо

Оцінка шийки матки

Інтернет курс

Цей інтернет курс пояснює техніку вимірювання довжини шийки матки та клінічне застосування цього вимірювання.

Цей курс є обов'язковим для всіх виконавців ультразвукової діагностики, бажаючих одержати від FMF Свідоцтво спроможності щодо оцінки шийки матки. Курс може бути корисним і для пацієнтів, які хотіли б краще розуміти значення оцінки шийки матки впродовж вагітності.

- Курс є безоплатним
- Триває близько 30 хвилин

Якщо Ви **пацієнт** і бажаєте відвідати цей курс, будь ласка, натисніть тут (https://courses.fetalmedicine.com/fmf/do_course/5)

Якщо Ви **медичний працівник** і бажаєте одержати від FMF Свідоцтво спроможності щодо оцінки шийки матки, Вам треба перед відвідуванням курсу зареєструватися у FMF

- Якщо Ви вже маєте FMF ID, будь ласка, увійдіть тут:

Ім'я: Гасло:

- Якщо Ви ще не зареєстровані, будь ласка, зареєструйтеся тут (<https://courses.fetalmedicine.com/fmf/register?locale=en>)

МОРФОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ



ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Шейка матки на 92%, состоит из соединительной ткани.

Цервикальная компетентность - способность шейки матки сохранить беременность, не зависит от мышечного сфинктерного механизма.

Ремодуляция соединительной ткани шейки матки во время беременности происходит в четыре этапа: 1) размягчение; 2) созревание; 3) дилатация и 4) восстановление.

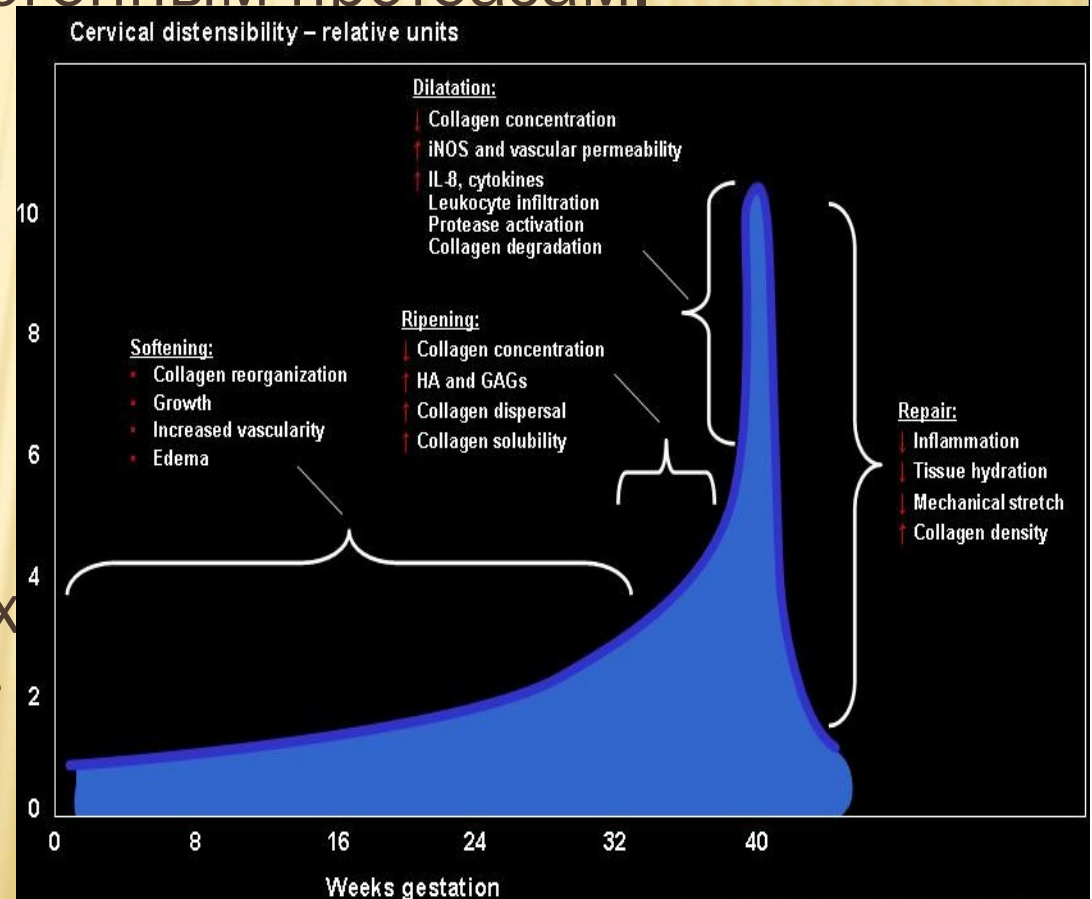
На ранних сроках беременности прочность на растяжение шейки матки поддерживается путем увеличения синтеза коллагена I и III типа.

ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ (2)

Увеличением гидрофильных гликозаминогликанов и неколлагеновых белков приводит к снижению концентрации коллагенов, повышается их растворимость и чувствительность к эндогенным протеазам.

Увеличение ГК может ослабить взаимодействие между коллагеном и ФН, способствуя дисперсии коллагена.

Увеличение растворимых форм коллаген запускает воспалительный каскад.



СОЗРЕВАНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Снижение уровня прогестерона

Снижение числа рецепторов к прогестерону

▪ увеличение про-воспалительных цитокинов: IL-1, ИЛ-8, ФНО- α

Размягчение
Укорочение
Дилатация

▪ повышение уровня молекул сосудистой адгезии (VCAM)
▪ активация нейтрофилов, моноцитов/макрофагов, Т-лимфоцитов, тучных клеток, эозинофилов

увеличение концентрации в тканях матричных металлопротеиназ (ММР):

- разрушение белков внеклеточного матрикса
- активация апоптоза
- разрушение мембранных рецепторов
- формирование антипрогестероновых комплексов

ГОРМОНАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Current Society for Maternal-Fetal Medicine recommendations regarding use of progestogens for prevention of preterm birth

Population	Recommendation regarding use of progestogens
Asymptomatic	
Singletons without prior SPTB and unknown or normal TVU CL	No evidence of effectiveness
Singletons with prior SPTB	17P 250 mg IM weekly from 16-20 wk until 36 wk
Singletons without prior SPTB but CL \leq 20 mm at \leq 24 wk	Vaginal progesterone 90-mg gel or 200-mg suppository daily from diagnosis of short CL until 36 wk
Multiple gestations	No evidence of effectiveness
Symptomatic	
PTL	No evidence of effectiveness
PPROM	No evidence of effectiveness

17P, 17-alpha-hydroxy-progesterone caproate; CL, cervical length; IM, intramuscularly; PPRM, preterm premature rupture of membranes; PTL, preterm labor; SPTB, spontaneous preterm birth; TVU, transvaginal ultrasound.

SMPM. Progesterone and preterm birth prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2012.

ЭФФЕКТ ПРОГЕСТАГЕНОВ

- ✘ Подавляет цервикальный коллагенолиз
- ✘ Не влияет на синтез гликолизаминогликанов
- ✘ Снижает прометаллопротеиназный путь деградации коллагена
- ✘ Повышает экспрессию противовоспалительного цитокина IL-10

Makena[®]
hydroxyprogesterone
caproate injection
EVERY WEEK COUNTS[®]



HIGHLIGHTS OF PRESCRIBING INFORMATION

These highlights do not include all the information needed to use MAKENA safely and effectively. See full prescribing information for MAKENA.

MAKENA[®] (hydroxyprogesterone caproate injection) for intramuscular use.
Initial U.S. Approval: 1956

INDICATIONS AND USAGE

Makena is a progestin indicated to reduce the risk of preterm birth in women with a singleton pregnancy who have a history of singleton spontaneous preterm birth.

Limitation of use: Makena is not intended for use in women with multiple gestations or other risk factors for preterm birth.

Important safety information for Makena (hydroxyprogesterone caproate injection)

Makena should not be used in women with any of the following conditions: blood clots or other blood clotting problems, breast cancer or other hormone-sensitive cancers, or history of these conditions; unusual vaginal bleeding not related to your current pregnancy, yellowing of the skin due to liver problems, or current pregnancy, liver problems, including liver tumors, or uncontrolled high blood pressure.

Makena may cause serious side effects, including blood clots, allergic reactions, depression, and yellowing of your skin and the whites of your eyes. Call your healthcare provider right away if you think you have symptoms of a blood clot (leg swelling, redness in your leg, a spot on your leg that is warm to the touch, or leg pain that worsens when you bend your foot) or symptoms of an allergic reaction (hives, itching, or swelling of the face). The most common side effects of Makena include injection site reactions (pain, swelling, itching, bruising, or a hard bump), hives, itching, nausea, and diarrhea.

You are encouraged to report negative side effects of prescription drugs to the FDA.

Visit www.fda.gov/medwatch or call 1-800-FDA-1088.

<http://www.makena.com/contact-us>

https://en.wikipedia.org/wiki/Hydroxyprogesterone_caproate

Показан только при ПР в анамнезе!

МЕТААНАЛИЗ ROMERO 2012

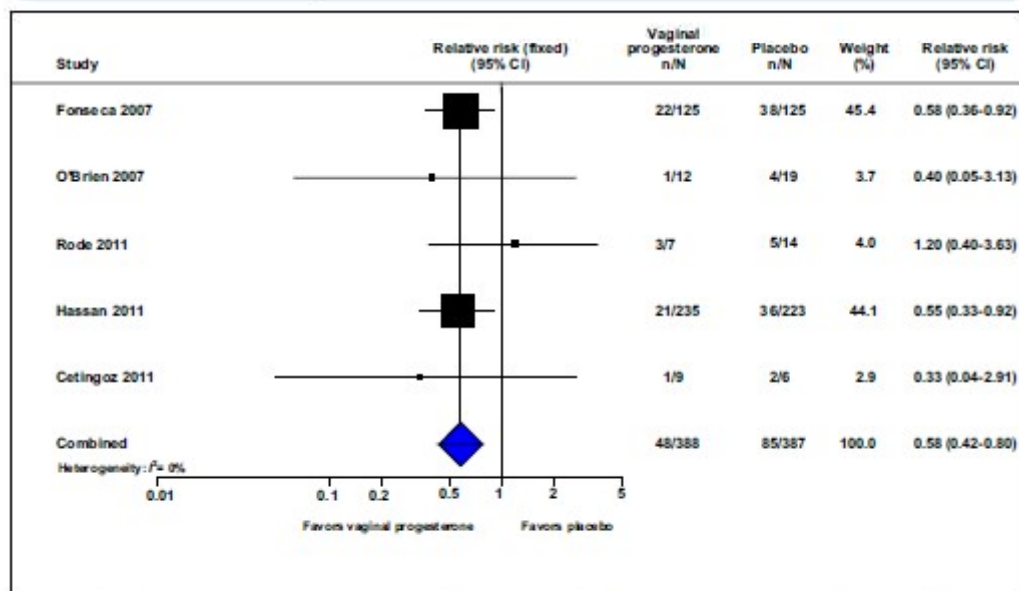
Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data

Roberto Romero, MD; Kypros Nicolaidis, MD; Agustín Conde-Agudelo, MD, MPH; Ann Tabor, MD; John M. O'Brien, MD; Elcin Cetingoz, MD; Eduardo Da Fonseca, MD; George W. Creasy, MD; Katharina Klein, MD; Line Rode, MD; Priya Soma-Pillay, MD; Shalini Fusey, MD; Cetin Cam, MD; Zarko Alfirevic, MD; Sonia S. Hassan, MD

Вагинальный прогестаген предотвращает преждевременные роды и снижает неонатальную заболеваемость у беременных с бессимптомным укорочением шейки матки по данным ультразвукового исследования

FIGURE 3

Effect of vaginal progesterone on preterm birth <33 weeks of gestation



Romero. Vaginal progesterone to prevent preterm birth in women with a short cervix: an IPD metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2012.

Fonseca 2012:
Utrogestan 200 mg
250 пациенток
Длина ШМ 15 мм, 22 нед

HASSAN 2011:
Crynon 90 mg
458 пациенток
Длина ШМ 10-20 мм, 19 нед



Vaginal progesterone decreases preterm birth and neonatal morbidity and mortality in women with a twin gestation and a short cervix: an updated meta-analysis of individual patient data

R. ROMERO^{1,2,3,4}, A. CONDE-AGUDELO^{1,5}, W. EL-REFAIE⁶, L. RODE^{7,8}, M. L. BRIZOT⁹, E. CETINGOZ¹⁰, V. SERRA^{11,12}, E. DA FONSECA¹³, M. S. ABDELHAFEZ⁶, A. TABOR^{7,14}, A. PERALES^{12,15}, S. S. HASSAN^{1,5} and K. H. NICOLAIDES¹⁶

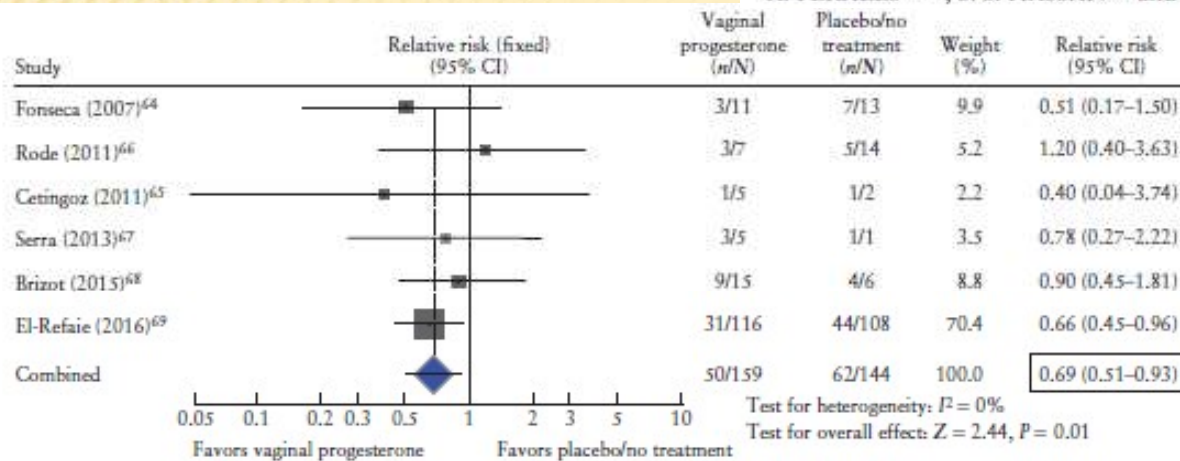


Figure 3 Forest plot of the effect of vaginal progesterone on the risk of preterm birth < 33 weeks' gestation. CI, confidence interval.

Subgroup	Preterm birth < 33 weeks' gestation			Neonatal death		
	n	Pooled RR (95% CI)	Interaction P-value	n	Pooled RR (95% CI) ^a	Interaction P-value
Cervical length			0.40			0.40
< 10 mm	14	0.74 (0.37–1.49)		28	0.67 (0.12–3.70)	
10–20 mm	82	0.44 (0.22–0.87)		164	0.20 (0.05–0.86)	
21–25 mm	207	0.74 (0.51–1.06)		414	0.57 (0.36–0.90)	
Daily dose of vaginal progesterone			0.77			0.60
100 mg	7	0.40 (0.04–3.74)		14	0.09 (0.00–3.59)	
200 mg	69	0.79 (0.48–1.30)		138	0.66 (0.15–2.86)	
400 mg	227	0.66 (0.46–0.95)		454	0.42 (0.23–0.76)	
Obstetric history			0.40			0.62
No previous preterm birth	247	0.72 (0.52–1.01)		494	0.58 (0.36–0.93)	
≥ 1 previous preterm birth	56	0.50 (0.22–1.11)		112	0.45 (0.18–1.10)	

El-Refaie (2016)⁶⁹ Egypt

Women with twin gestation and short cervix

Inclusion: women with dichorionic twin gestation, gestational age between 20 and 24 weeks, transvaginal sonographic CL between 20 and 25 mm, and without signs or symptoms of preterm labor
Exclusion: known allergy or contraindication to progesterone therapy, monochorionic twin gestation, known major fetal structural or chromosomal abnormality, single fetal demise, fetal reduction in current pregnancy, cervical cerclage in current pregnancy, medical conditions that may lead to preterm labor, rupture of membranes or vaginal bleeding

ИССЛЕДОВАНИЕ **ОПТИМУМ 2016**: ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ (ПР) ВАГИНАЛЬНЫМ ПРОГЕСТЕРОНОМ

Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial

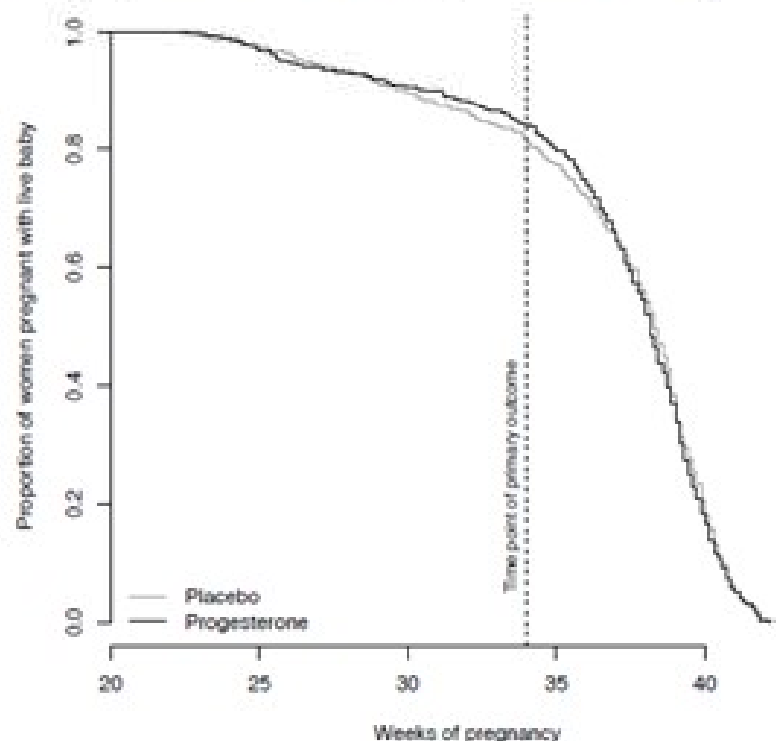
Jane Elizabeth Norman, Neil Marlow, Claudia-Martina Messow, Andrew Shennan, Phillip R Bennett, Steven Thornton, Stephen C Robson, Alex McConnachie, Stavros Petrou, Neil J Sebire, Tina Lavender, Sonia Whyte, John Norrie, for the OPPTIMUM study group

- ✘ 1228 пациентки были рандомизированы на 2 группы: плацебо (n=610) и группа прогестерона 200 mg soft capsules (Utrogestan, Besins Healthcare, n=618)
- ✘ Какие пациентки: с риском ПР – ПР до 34 нед гестации в анамнезе, или с длиной шейки матки менее 25 мм, или комбинация позитивного теста на фибронектин с другими факторами риска ПР
- ✘ Сроки терапии: с 22–24 по 34 неделю гестации
- ✘ Цель: определить, влияет ли профилактический прием вагинального прогестерона на снижение риска ПР и улучшение клинических исходов у новорожденных

Исследование ОПТИМУМ 2016

Findings Between Feb 2, 2009, and April 12, 2013, we randomly assigned 1228 women to the placebo group (n=610) and the progesterone group (n=618). In the placebo group, data from 597, 587, and 439 women or babies were available for analysis of obstetric, neonatal, and childhood outcomes, respectively; in the progesterone group the corresponding numbers were 600, 589, and 430. After correction for multiple outcomes, progesterone had no significant effect on the primary obstetric outcome (odds ratio adjusted for multiple comparisons [OR] 0.86, 95% CI 0.61–1.22) or neonatal outcome (OR 0.62, 0.38–1.03), nor on the childhood outcome (cognitive score, progesterone group vs placebo group, 97.3 [SD 17.9] vs 97.7 [17.5]; difference in means –0.48, 95% CI –2.77 to 1.81). Maternal or child serious adverse events were reported in 70 (11%) of 610 patients in the placebo group and 59 (10%) of 616 patients in the progesterone group (p=0.27).

Supplementary Figure 2 Survival curve for gestation at delivery



Вывод: Применение прогестерона не влияло ни на акушерские исходы, ни на неонатальные исходы

КОРОТКАЯ ШЕЙКА МАТКИ = ИЦН???

- МКБ-10: **Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН)**- недостаточность циркулярной мускулатуры участка внутреннего зева, которая способствует развитию несостоятельности запирающей функции шейки матки

Виды ИЦН:

- Органическая (анатомическая, травматическая-повторные роды)
- Врожденная (генитальный инфантилизм)
- Функциональная (гипофункция яичников – **НЛФ, гиперандрогения, ЭКО**)

ФАКТОРЫ РИСКА ИЦН

Нарушения синтеза коллагена (генетические, синдром Элерса Данло);

Аномалии матки;

Биологические вариации (врожденная короткая шейка матки);

Привычное невынашивание (2 триместр);

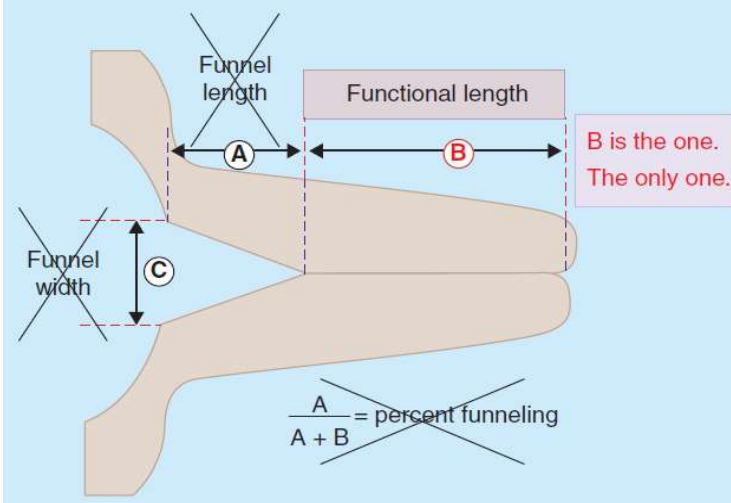
Предыдущие ПР и ИЦН.

Травма шейки матки ;

Механическая дилатация - дилатация и выскабливание [D & C], расширение и эвакуация [D

& E], прерывание беременности, гистероскопия. Лечение ЦИН - LEEP может

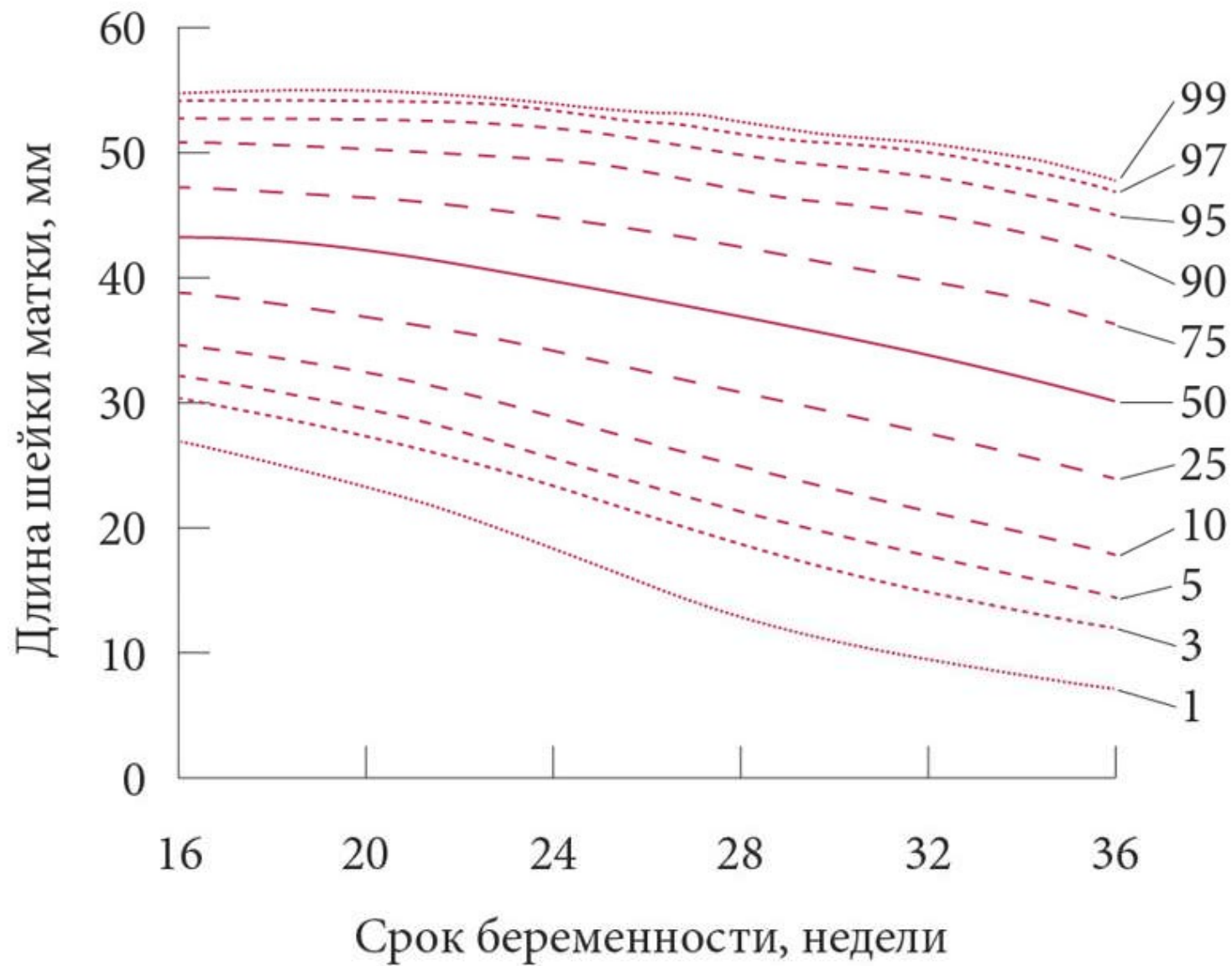
увеличить риск поздних ПР.



Advantages and disadvantages of cervical assessment techniques

Category	Method	Advantages	Disadvantages
Tissue hydration	Cervical surface area	Easy	Imprecise, semiquantitative
	Electrical impedance	None in current form	Little clinical utility
	Acoustic attenuation	Relatively easy, quantitative	Requires tissue homogeneity, wide intrasubject variability
Collagen structure	Stromal differentiation	Easy	Expensive, semiquantitative
	Cervical gland area	Easy	Detection depends on system settings
	Light-induced fluorescence	Detects collagen crosslinking	Cumbersome
	Second harmonic generation	Directly assesses collagen structure	Cumbersome, requires equipment development for in vivo use
Tissue elasticity	Raman spectroscopy	Identifies changes to specific matrix components	Cumbersome, wide intrasubject variability
	Backscattered power loss	Addresses tissue heterogeneity	Prototype equipment
	Cervical consistency index	Easy	Low performance
Tissue elasticity	Mean gray-level histogram	Easy	Low performance
	Elastography	Easy	Relative measure, depends on operator pressure
	Aspiration	May detect incremental changes	Requires tissue homogeneity, depends on operator pressure
	Shear wave speed	Objective measure of softness	Prototype equipment

Feltovich. Beyond cervical length. Am J Obstet Gynecol 2012.



ШКАЛА СОЛОМОНА

Группа	Длина шейки матки	Диаметр внутреннего зева	Толщина шейки	Задний угол	Передняя стенка
Нормальная беременность:					
Среднее значение	35,4	3,8	2,9	77,8	10,1
Стандартное отклонение	5,1	0,9	2,8	6,4	1,2
Беременность с высоким риском:					
Среднее значение	28,7	5,8	31,8	92,8	4,5
Стандартное отклонение	5,4	3,5	3,2	19,2	1,6
P (M.-W/)*	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,001

НОМОГРАММА MANSOURA

ШКАЛА ШТЕМБЕРА: ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ИЦН, 9 КРИТЕРИЕВ

ПРИЗНАКИ	ОЦЕНКА В БАЛЛАХ		
	0	1	2
ДЛИНА ВАГИНАЛЬНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ	2,5-3,0 см	1,6-2,4 см	1,5 см и менее
СОСТОЯНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА	ЗАКРИТ	1 см	2 см и более
ПОЛОЖЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ	САКРАЛЬНОЕ	ЦЕНТРАЛЬНОЕ	К ПЕРЕДИ
КОНСИСТЕНЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ	ПЛОТНАЯ	РОЗМЯГЧЕНА	МЯГКАЯ
УГОЛ НАКЛОНА ШЕЙКИ МАТКИ ТВ УЗИ	МЕНЬШЕ 90°	90°	БОЛЬШЕ 90°
ДЛИНА ШЕЙКИ МАТКИ ПО ТВ УЗИ	3-4 см	2-3 см	1-2 см
ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ ПО ТВ УЗИ	ЗАКРЫТ	ПОЧТИ ЗАКРЫТ	ОТКРЫТ
ГИПЕРАНТОНИЧНОСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ	ОТСУТСТВУЕТ	ОТСУТСТВУЕТ	НАБЛЮДАЕТСЯ
ПОСЛЕДСТВИЯ ИЦН	ОДИН	ОДИН	ДВА И БОЛЬШЕ, ИЦН

При сумме баллов 6 и более показана коррекция ИЦН для профилактики ПР у беременных без клинической симптоматики (церкляж, пессарии)

Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage

This clinical practice guideline has been prepared by the Maternal Fetal Medicine Committee, reviewed by the Clinical Practice Obstetrics Committee, and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

PRINCIPAL AUTHORS

Richard Brown, MD, Montreal QC
Robert Gagnon, MD, Montreal QC
Marie-France Delisle, MD, Vancouver BC

MATERNAL FETAL MEDICINE COMMITTEE

Robert Gagnon, MD (Chair), Montreal QC
Emmanuel Bujold, MD (Co-Chair), Quebec QC
Melanie Basso, RN, Vancouver BC
Hayley Bos, MD, London ON
Richard Brown, MD, Montreal QC
Stephanie Cooper, MD, Calgary AB
Joan Crane, MD, St John's NL
Gregory Davies, MD, Kingston ON
Katy Gouin, MD, Quebec QC
Savas Menticoglou, MD, Winnipeg MB
William Mundle, MD, Windsor ON
Christy Pylypjuk, MD, Saskatoon SK
Anne Roggensack, MD, Calgary AB
Frank Sanderson, MD, Saint John NB
Vyta Senikas, MD, Ottawa ON

Disclosure statements have been received from all contributors.

The literature searches and bibliographic support for this guideline were undertaken by Becky Skidmore, Medical Research analyst, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

Key words: Cervical insufficiency, cervical incompetence, cervical cerclage, preterm delivery, prematurity, Shirodkar cerclage, MacDonald cerclage, abdominal cerclage, rescue cerclage, cervical shortening, trans-vaginal ultrasound, cervical length

This document reflects emerging clinical and scientific advances on the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed. Local institutions can dictate amendments to these opinions. They should be well documented if modified at the local level. None of these contents may be reproduced in any form without prior written permission of the SOGC.

Abstract

Objective: The purpose of this guideline is to provide a framework that clinicians can use to determine which women are at greatest risk of having cervical insufficiency and in which set of circumstances a cerclage is of potential value.

Evidence: Published literature was retrieved through searches of PubMed or MEDLINE, CINAHL, and The Cochrane Library in 2012 using appropriate controlled vocabulary (e.g., uterine cervical incompetence) and key words (e.g., cervical insufficiency, cerclage, Shirodkar, cerclage, MacDonald, cerclage, abdominal, cervical length, mid-trimester pregnancy loss). Results were restricted to systematic reviews, randomized control trials/controlled clinical trials, and observational studies. There were no date or language restrictions. Searches were updated on a regular basis and incorporated in the guideline to January 2011. Grey (unpublished) literature was identified through searching the websites of health technology assessment and health technology-related agencies, clinical practice guideline collections, clinical trial registries, and national and international medical specialty societies.

Values: The quality of evidence in this document was rated using the criteria described in the Report of the Canadian Task Force on Preventive Health Care (Table).

Recommendations

1. Women who are pregnant or planning pregnancy should be evaluated for risk factors for cervical insufficiency. A thorough medical history at initial evaluation may alert clinicians to risk factors in a first or index pregnancy. (III-B)
2. Detailed evaluation of risk factors should be undertaken in women following a mid-trimester pregnancy loss or early premature delivery, or in cases where such complications have occurred in a preceding pregnancy. (III-B)
3. In women with a history of cervical insufficiency, urinalysis for culture and sensitivity and vaginal cultures for bacterial vaginosis should be taken at the first obstetric visit and any infections so found should be treated. (I-A)
4. Women with a history of three or more second-trimester pregnancy losses or extreme premature deliveries, in whom no specific cause other than potential cervical insufficiency is identified, should be offered elective cerclage at 12 to 14 weeks of gestation. (I-A)

J Obstet Gynaecol Can 2013;35(12):1115-1127

Cervical pessary for preventing preterm birth (Review)

Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA



This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2013, Issue 5

<http://www.thecochranelibrary.com>

WILEY

Cervical pessary for preventing preterm birth (Review)
Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

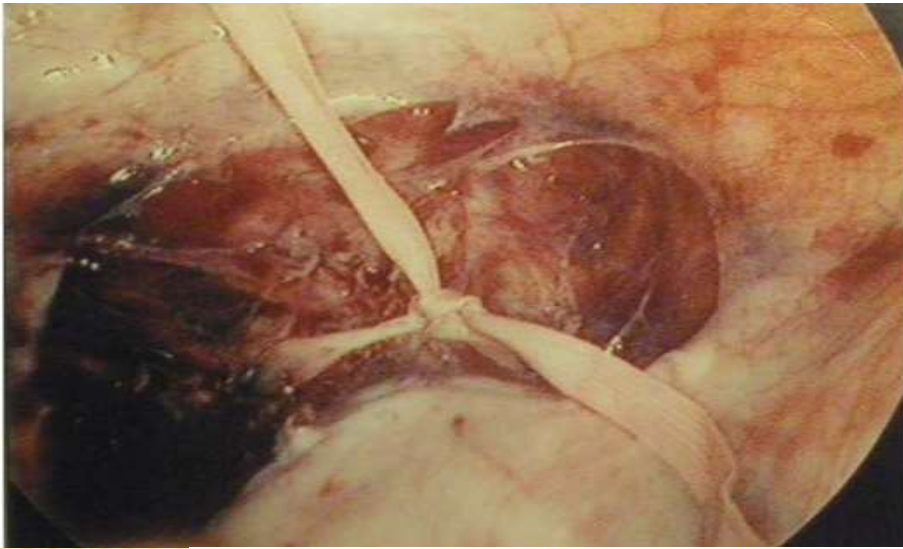


Table 1. Outcome of studies concerning transabdominal cerclage by laparotomy and by laparoscopy.

authors	type of study	No. of patients	technique used	time of placement	outcome
Lotgering (2006) [15]	observational cohort study	101	TAC [a] by laparotomy	during pregnancy	93% deliveries > 32 weeks
Gesson-Paute (2006) [25]	retrospective case series	12	TAC by laparotomy	during pregnancy	93% deliveries > 32 weeks
Langhoff Thuesen (2009) [26]	retrospective case series	45	TAC by laparotomy	before pregnancy	97% deliveries > 34 weeks 100% live born infants
Umstad (2010) [27]	retrospective case series	22	TAC by laparotomy	before and during pregnancy	91% deliveries > 34 weeks
Davis (2000) [9]	retrospective cohort study	40	TAC by laparotomy	during pregnancy	90% deliveries > 33 weeks
Mingione (2003) [5]	retrospective cohort study	11	TAC by laparoscopy	before pregnancy	100% deliveries > 34 weeks
Gallot (2003) [16]	retrospective case series	2	TAC by laparoscopy	before pregnancy	100% term deliveries
Al-Fadhli, Tulandi (2004) [1]	retrospective case series	2	TAC by laparoscopy	before pregnancy	100% deliveries > 34 weeks
Kjøllesdal (2005) [20]	retrospective case report	1	TAC by laparoscopy	before pregnancy	100% term delivery
Reid (2008) [17]	retrospective case series	2	TAC by laparoscopy	before pregnancy	100% deliveries > 34 weeks
Liddell (2008) [18]	retrospective case series	10	TAC by laparoscopy	before pregnancy	100% deliveries in third trimester
Nicolet (2009) [19]	retrospective case series	5	TAC by laparoscopy	before pregnancy	100% term deliveries
Chi-Heum Cho (2003) [21]	retrospective cohort study	20	TAC by laparoscopy	during pregnancy	95% live born infants
Whittle (2009) [23]	prospective cohort study	65	TAC by laparoscopy	before and during pregnancy	89% deliveries on 35.8 weeks +/- 2.9 weeks
Wolfe (2008) [13]	retrospective case series	2	TAC by RAL [b]	during pregnancy	100% deliveries > 34 weeks
Fechner (2009) [14]	retrospective case report	1	TAC by RAL	during pregnancy	100% delivery > 34 weeks
Carter (2009) [22]	prospective cohort study	19	12 TAC laparoscopy	before and during pregnancy	75% viable pregnancy in laparoscopy
			7 TAC laparotomy		71% viable pregnancy in laparotomy

[a] TAC: transabdominal cerclage; [b] RAL: robotic-assisted laparoscopy.

Серкляжный песарий



РКИ (*Maria Goya, et al., 2012*)

- 385 беременных: 192 - песарий
- В группе, где был установлен песарий, ПР <34 нед. Были достоверно реже чем в контрольной группе (12 [6%] против 51 [27%], ОШ 0,18, 95% ДИ 0,08–0,37; $p < 0,0001$).
- Никакого негативного влияния на течение беременности.
- Серкляжный песарий может профилактировать ПР у беременных с проблемной шейкою матки в втором триместре беременности [A].

A RANDOMIZED TRIAL OF A CERVICAL PESSARY TO PREVENT PRETERM SINGLETON BIRTH

KYPROS H. NICOLAIDES, M.D.,
ARGYRO SYNGELAKI, PH.D.



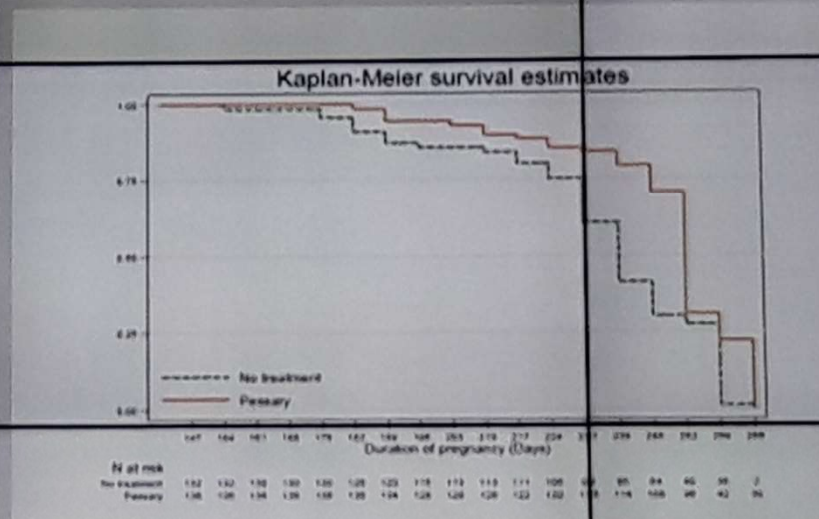
- ✘ Многоцентровое РКИ сравнения пессария с выжидательной тактикой у девушек и женщин с одноплодной беременностью, и которые имели длину цервикального канала 25 мм или менее с 20 недель 0 дней до 24 недель 6 дней гестации.
- ✘ Цервикальный пессарий не приводил к снижению спонтанных преждевременных родов, при сравнении с выжидательной тактикой. Не наблюдалось увеличение случаев ВУИ при использовании пессариев

Randomized Trial in Twins with a CL < 25 mm I-A

AJOG 2016, Team Hebron, Barcelona, with local teaching and audit!



2287 screened twins,
154 with CL < 25 weeks



n=68 no treatment versus n= 65 pessary

PT < 34 weeks	26 %	versus	11%	p<0.001
CL	50%	versus	24%	p<0.001

GOYA 2016 SPAIN, ПЕСЕР – TWINS

Уменьшение количества ПР у беременных с пессарием, 16% против 39%, ОР 0,41 (0.22-0.76)

- Высший гестационный возраст при родах, 35,3 против 33,1 недель
- Не имеет разницы по комбинированной неонатальной заболеваемости и смертности, 6 на 9%, ОР 0,64 (0.27-1.5)

Most Recent Studies

Mendoza et al. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016 Aug 28:1-6.

Cohort: Arabin pessary **increased CL** in asymptomatic patients, correlating with shorter gestational age at delivery.

Barinov et al. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016 Sep 9:1-6.

Cohort: Arabin pessary combined with progesterone resulted in a **2.5-fold decrease in rate of vaginal dysbiosis (p = 0.015)** and a 3-fold reduction postpartum (p = 0.037), combined with circular cervical cerclage and progesterone.

Fox et al. Obstet Gynecol. 2016 Apr;127(4):625-30

Case-control study 1/3: Patients with a pessary lower incidence of delivery < 32 weeks (4.8% vs. 28.6%, P=.05), longer interval to delivery (65.2 vs. 52.1 days, P=.025), **lower rate severe neonatal morbidity (9.5% vs. 34.9%, P=.04).**

The Future of Evidence based Medicine

Network for a Prospective Meta-Analysis



PP**R**O**M**P**T**:P**R**O prospective Meta-Analysis for Pessary Trials

Feb/ 2016 under guidance George Saade / office Washington DC

CR**O**W**N**:Core Outcomes in Women's Health

13 Core outcomes

Gestational age cut-off values

Different comparisons

Collaboration Guidelines

Ethics / Data Safety / Monitoring Committees / Authorship / Draft

Communication / Timeline, meeting schedules

12 trials from 7 countries, all open for recruitment

Willingness to adapt and to share, registered trials

We all agree that the best answers to clinical problems will come from international collaboration.

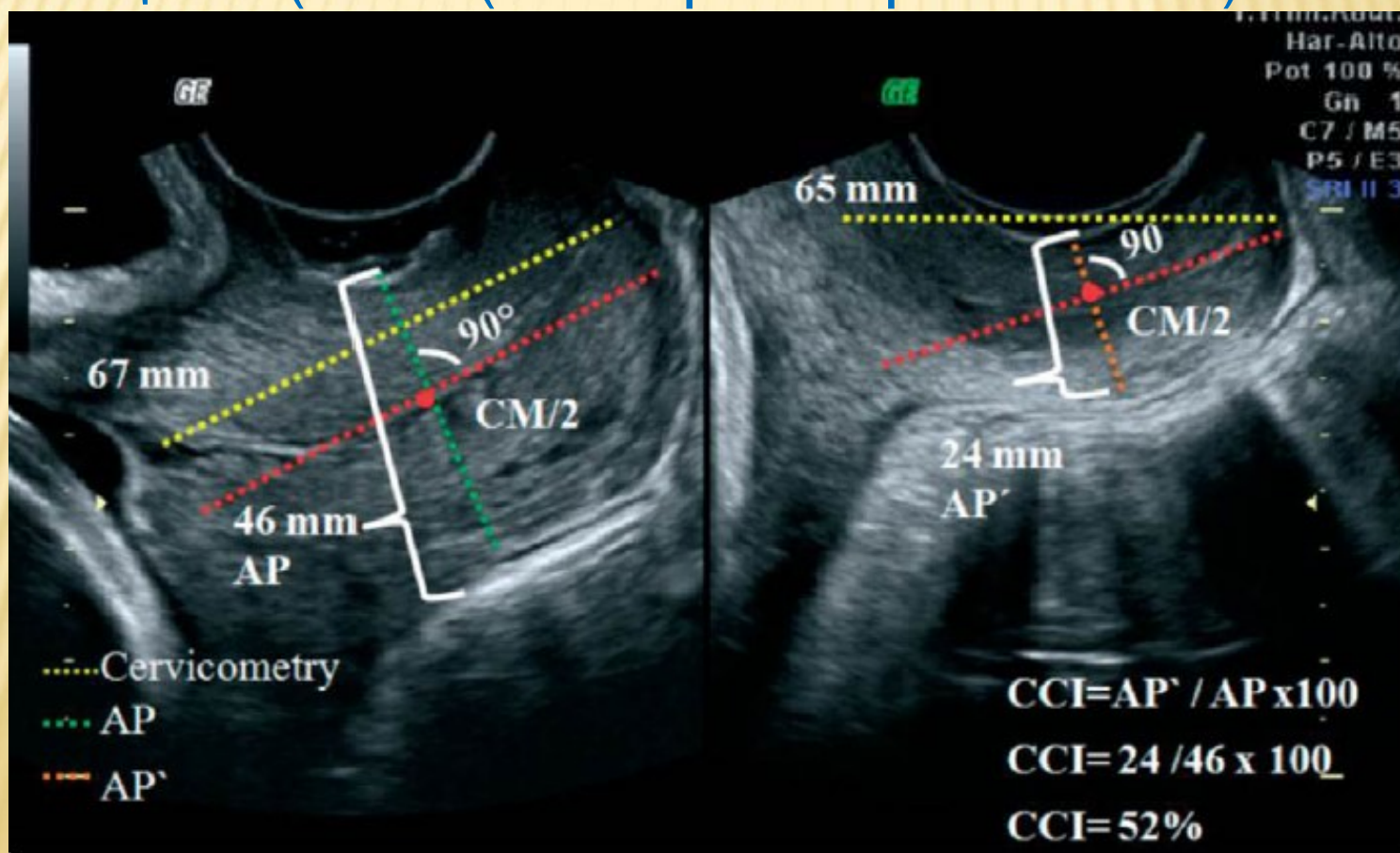
Whether we can all speak with one voice, only time will tell.

Arabin & Alfirevic, UOG 10-201



АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕД ИНСТАЛЯЦИЕЙ ПЕССАРИЯ:

- ✘ Трансвагинальная цервикометрия (длина ш/м, диаметр в/зева, угол наклона ш/м) в двух позициях (стоя (или прессорный тест) и лежа);



АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕД ИНСТАЛЯЦИЕЙ ПЕССАРИЯ:

Бактериоскопическое и бактериологическое
исследование;
рН вагинального секрета

Противопоказания к установке пессария

кровянистые выделения из половых путей во 2-м и 3-м триместрах беременности;
воспалительные заболевания влагалища, шейки матки, наружных половых органов (для их исключения необходима предварительная санация и бактериологический контроль);
выражены степени ИЦН (пролабирование плодного пузыря)
предлежание плаценты



С
П
А
С
И
Б
О

З
А

В
Н
И
М
А
Н
И
Е



ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України»
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМІ України»
Асоціація педіатрів України
11-12 травня 2017 року м.Вінниця

Науково-практична конференція із міжнародною участю



ТЕМАТИКА ОСНОВНИХ НАУЧНО-ПРАКТИЧНИХ НАПРЯМКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Акушерство

(невиношування вагітності, передчасні пологи, екстрагенітальна патологія і вагітність, кровотечі під час вагітності, кесарський розтин, знеболення в пологах, основні напрямки роботи щодо зниження материнської та малюкової захворюваності і смертності).



Педіатрія, неонатологія та дитяча хірургія

(сучасні погляди на діагностику та лікування соматичної та хірургічної патології дітей різного віку, орфанні захворювання в педіатрії, інтегроване ведення хвороб дитячого віку, біоетичні та правові аспекти в педіатрії).

Перинатальний консилиум

Імплементация національних клінічних протоколів.

Неоперативна гінекологія

(профілактика та лікування запальних захворювань жіночої статевої сфери, новітні підходи до лікування патології шийки матки, фізіотерапевтичні методи в гінекології)



Ендокринна гінекологія

(нейроендокринні порушення від менархе до менопаузи).

Репродуктивна медицина

(сучасні аспекти клінічного менеджменту безпліддя, контраверсійні проблеми при використанні ДРТ, новий погляд на геноміку невиношування).

Оперативна гінекологія

(лапароскопія, гістероскопія — переваги та недоліки, вагінальна хірургія, місце судинної хірургії у гінекологічній практиці).



Онкогінекологія (рак та вагітність)

Питання вдосконалення безперервної освіти лікарів акушерів-гінекологів (освітні стимуляційні технології).

АДРЕСА ОРГКОМІТЕТУ: 21018 м.Вінниця, вул. Пирогова, 56
КОНТАКТНІ ТЕЛЕФОНИ: +380679861882 +380679351212 +380679861882
E-mail: gynecology2@vnmnu.edu.ua dkonkov69@mail.ru vitaliy.klivak@gmail.com
<http://vnmnu.edu.ua>

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

