



Передчасні пологи: особливості немедикаментозної профілактики

Коньков Дмитро Геннадійович д.мед.н. доц.
Старовер Анжеліка Вікторівна к.м.н., доц.,
Рудь Віктор Олексійович д.мед.н., доц.



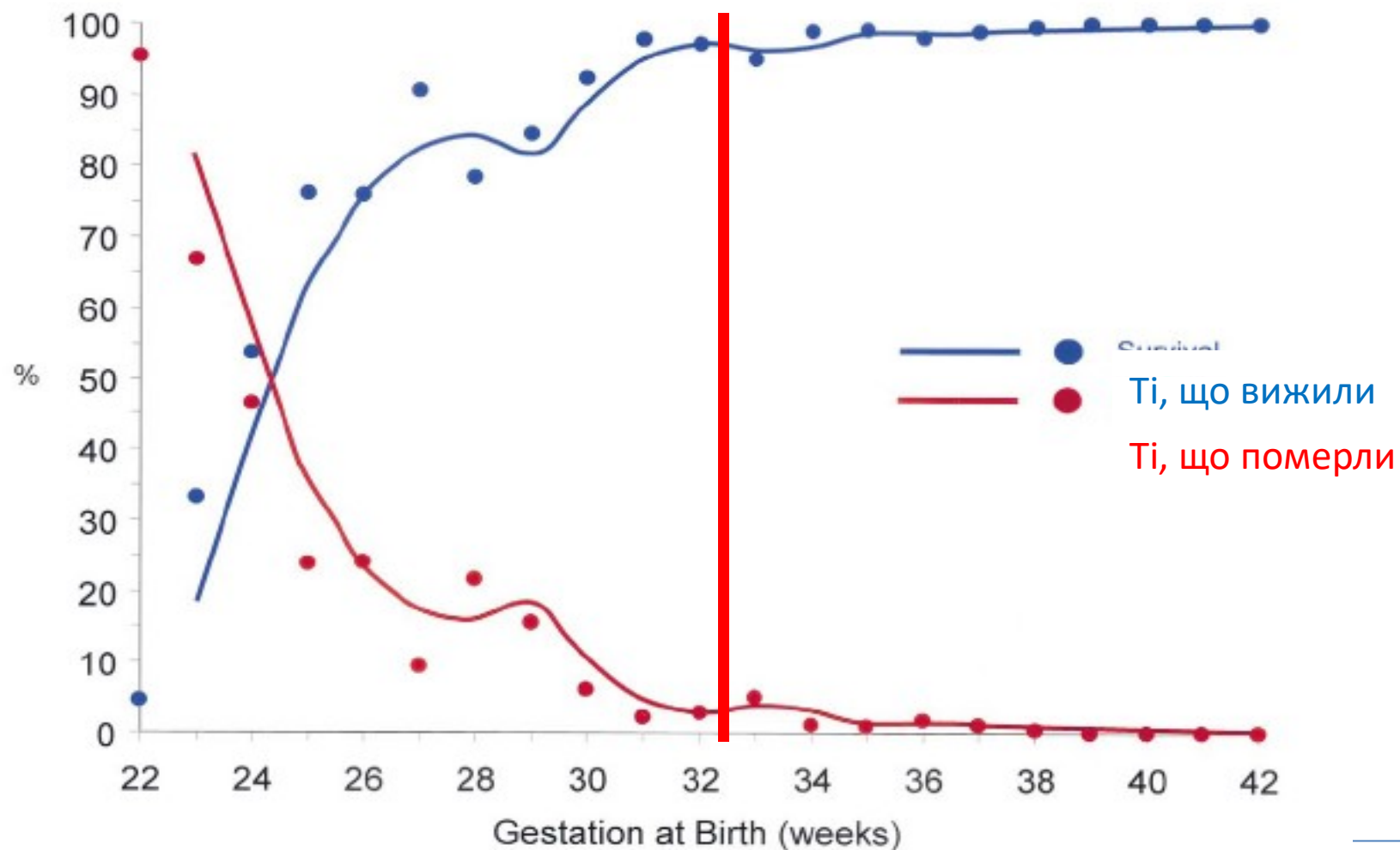


Вони пройшли довгий шлях....

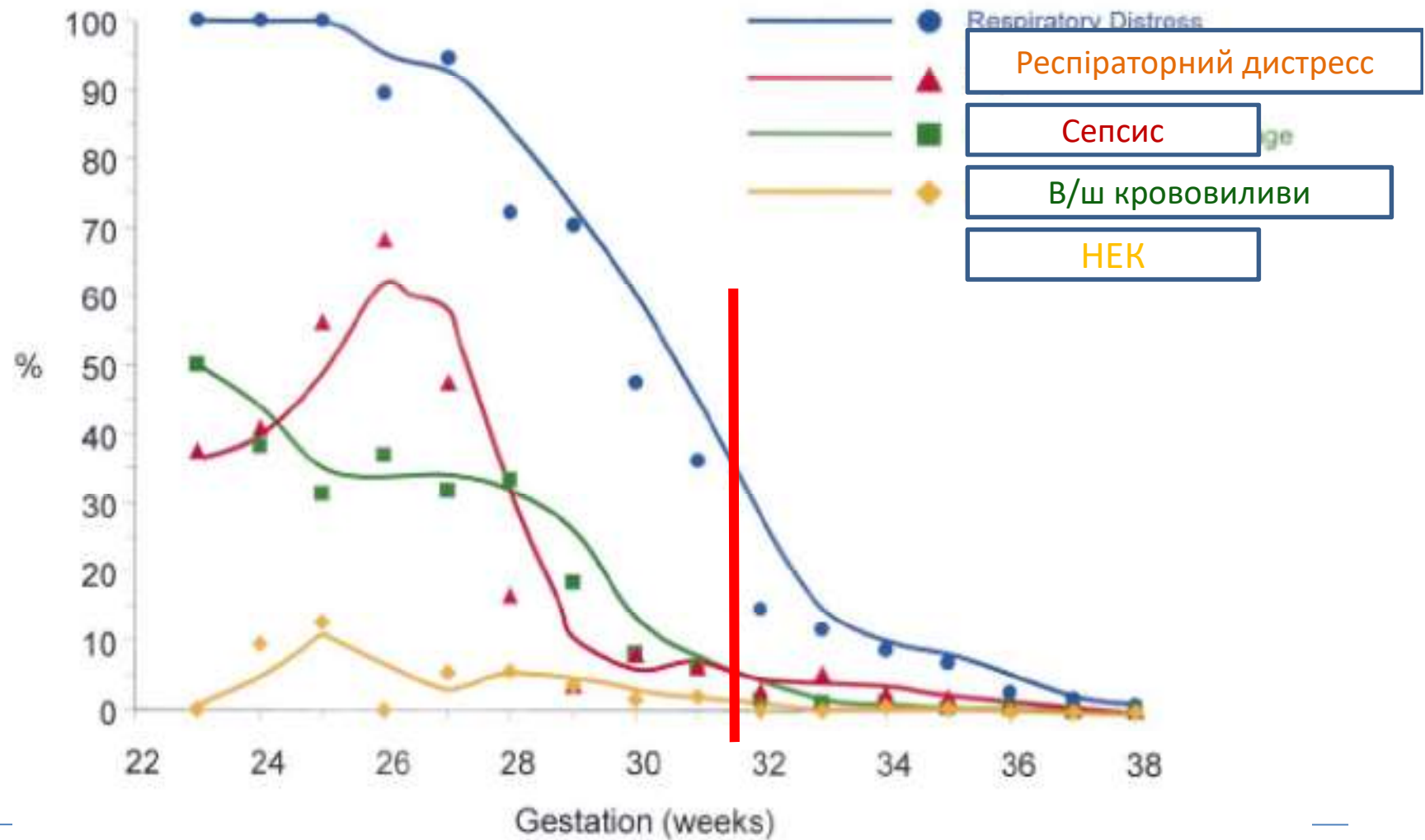
Patrick Bouvier Kennedy August 7-9, 1963

- Народився шляхом цісарського розтину в 34 ½ тижні
- 2110 г
- Помер внаслідок хвороби гіалінових мембран
- Сурфактант, СРАР
- 2013: Вживання майже 100% з 32 тижня вагітності

Виживання новонароджених, в залежності від гестаційного віку



Показники захворюваності новонароджених які вижили, в залежності від гестаційного віку



Основні проблеми менеджменту передчасних пологів (світові тенденції)

- Зростання числа ПП до 32 тижнів.
- Фактична відсутність стратифікації ризику ПП на догоспітальному етапі.
- Своєчасна ідентифікація та діагностика ПП.
- Всі успіхи від неонатологів - реанімація, інтенсивна терапія та виходжування.
- Ведення ПП у пологових будинках, не готових до надання кваліфікованої допомоги.



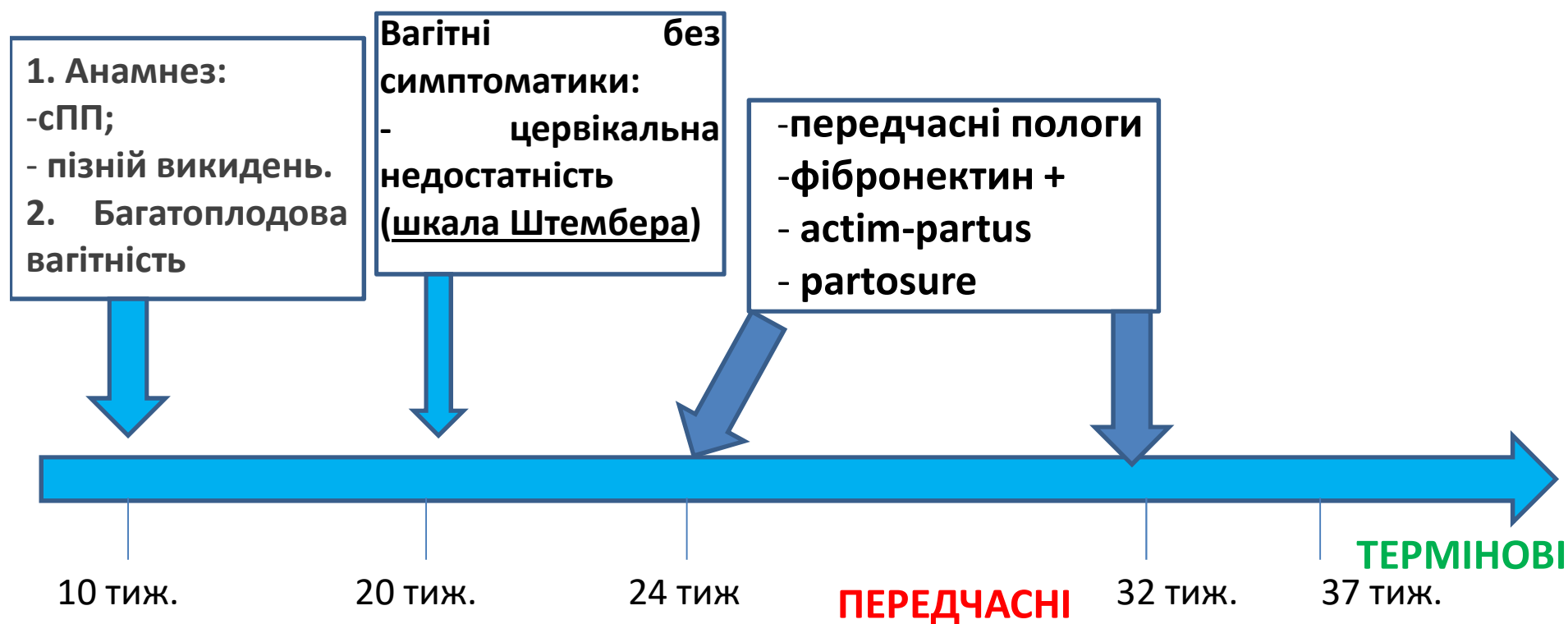
60-85% діагнозу ПП = «перестраховка»

У 60-85% жінок, які спрямовуються у стаціонар з підозрою на ПП, діагноз не підтверджується.

«Перестраховка» в госпіталізації призведе до невиправданого призначення стероїдів та токолітиків, ризику інфікування жінки госпітальної флорою і неефективного використання ліжкового фонду.



Оцінка ризику передчасних пологів



Фактори ризику виникнення передчасних пологів

- Попередні ПП або пізні викидні
- Перерозтягнення матки
- Пов'язані з ш/м
- Інфекція
- Плацентарний фактор
- Абдомінальна хірургія протягом вагітності
- Аномалії плода
- Хронічні захворювання
- Демографічні: вік жінки (< 18 або > 40), раса, генотип
- Малий проміжок між пологами
- Соціальні: харчування, паління, прийом наркотиків
- Психосоціальні: тривога, депресія, стрес
- Умови праці: фізичне навантаження, робота стоячи
- Генетичні
- Низький соціально-економічний статус



Маркери передчасних пологів

ТВ
УЗД

Довжина шийки матки 2,5 см і більше свідчить про відсутність загрози ПП, але можливо вимагає моніторингу.

Довжина шийки 1,5 см і менше говорить про можливість ПП в 10%.

Тобто жінки з вкороченою шийкою матки формують групу ризику, але необов'язково вони будуть народжувати передчасно

Actim-
partus

Тест Actim-partus (зв'язуючий протеїн інсуліно-подібного фактора росту) для визначення зрілості шийки матки.

Негативний результат указує на низький ризик ПП протягом 7 днів після проведення тесту. Прогностична цінність негативного результату - 94 % .

Феталь-ний
фіб-
ронектин

Наявність фібронектину у шийково-вагінальному секреті свідчить про підвищений ризик ПП. Позитивний результат свідчить про високий ризик ПП протягом найближчих 14 діб (67-75%).

При негативному результаті тесту в найближчі 14 діб ризик ПП дуже низький (9%).

Parto-
Sure

Плацентарний альфа-мікроглобулін (ПАМГ-1) - тести «Parto-Sure» на передчасні пологи. Найвища чутливість тесту 90%.

Методи діагностики	Чутливість,%	Специфічність, %	Позитивна діагностична значимість, %	Негативна діагностична значимість, %
Клінічні симптоми (кров'яні виділення, розкриття шийки матки)	86,4	50,0	63,5	21,4
Тензометрія	84,7	6,7	92,3	25,0
Вкорочення шийки матки по даним УЗД	80,4	40,8	89,5	42,6
Тест Актім Партус	72,7	83	47,0	93,6
Фетальний фібронектин	18,0	95,3	42,9	85,6

Г.М. Савельєва, Р.И. Шалина, Е.Р. Плеханова с соавт. Проблемы преждевременных родов в современном акушерстве // «Практика» Казань. – 2013.



Піхвова ехоцервікометрія

- Вагітні зі спонтанними передчасними пологами в анамнезі [С]
- Вагітні з іншими факторами ризику спонтанних передчасних пологів [С]
 - Екцизія шийки матки в анамнезі, аномалії матки, численні аборти в анамнезі, особливо після 13 тижнів вагітності, тощо
- Вагітні з ознаками загрози передчасних пологів [В]
- Вагітні із передчасним розривом плодових оболонок [С]



«Зміна ТВ УЗД довжини шийки матки протягом довгого часу не є клінічно корисним тестом, щоб передбачити передчасні пологи.»

«Вимірювання довжини ш/м отримані між 18 і 24 тижнями вагітності, кращий тест, щоб передбачити передчасні пологи, ніж динамічні зміни довжини ш/м протягом вагітності.»

Change in transvaginal sonographic cervical length over time is not a clinically useful test to predict preterm birth in women with singleton or twin gestations. A single cervical length measurement obtained between 18 and 24 weeks of gestation appears to be a better test to predict preterm birth than changes in cervical length over time. [Conde-Agudelo A, Romero R.](#) *Predictive accuracy of changes in transvaginal sonographic cervical length over time for preterm birth: a systematic review and metaanalysis.* [Am J Obstet Gynecol.](#) - 2015. - <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.06.015>.



Профілактика :

1. Первинна профілактика

Ефективно

- обмеження повторних внутрішньоматкових маніпуляцій (таких, як кюретаж порожнини матки під час медичного аборту) (С-4);
- інформування про підвищений ризик передчасного народження дітей, зачатих при допомозі ДРТ, ухвалення рекомендації по обмеженню кількості пересаджуваних ембріонів залежно від віку пацієнтки і прогнозу. (В-3а).

Неефективно:

- прийом полівітамінів до зачаття і впродовж перших двох місяців вагітності (А-1b).

2. Вторинна профілактика

Ефективно:

- впровадження антинікотинних програм серед вагітних (А-1а).

Неефективно:

- призначення білково-енергетичних харчових добавок в період вагітності (А-1а);
- додатковий прийом кальцію під час вагітності (А-1а);
- додатковий прийом антиоксидантів - вітамінів С і Е. (А-1а);
- ліжковий режим (Bed-rest) (А-1b);
- гідратація, використана в цілях нормалізації фето-плацентарного кровотоку для запобігання передчасним пологам (А-1а).

На сьогоднішній день існують протиріччя, стосовно:

- лікування захворювань пародонту під час вагітності.



Преконцепційна первинна профілактика

Соціальний захист та адаптація вагітних жінок

- Ризик передчасних пологів вище
 - на 33% у тих вагітних жінок, які працюють більше 42 годин на тиждень (OR 1,33, 95% ДІ 1,1–1,6)
 - на 26% у жінок, які працюють стоячи більше 6 годин протягом робочого дня (OR 1,26, 95% ДІ 1,1–1,5)
- Робота вагітної жінки в позиції “стоячи” підвищує ризик передчасних пологів на 56% в порівнянні з роботою в сидячій позиції (OR 1,56, 95% ДІ 1,04–2,60)

*Saurel-Cubizolles MJ, Zeitlin J, Lelong N, et al, for the Europop Group.
Employment, working conditions, and preterm birth: results from the Europop case-control survey.
J Epidemiol Community Health 2004; 58: 395–401*



2. Вторинна профілактика

Ефективно:

- Призначення прогестерону в групі високого ризику - знижує ризик повторних ПП на 35-50% (A-1a)
- Діагностика та лікування безсимптомної бактеріурії (A-1a)
- Діагностика та лікування БВ у групі жінок з ПП в анамнезі (A-1a).

Неефективно:

- посилений антенатальний догляд;
- накладення швів на шийку матки, окрім групи жінок з «укороченням» шийки матки <15 мм (A-1b);
- призначення антибіотиків при цілому плодовому міхурі (A-1b).

Su LL, и соавт.: [Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD006770. DOI: 0.1002/14651858.CD006770.pub2.](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006770)



Втручання третинного рівня

- Токолітики
- Транспортування вагітної на III рівень перинатальної допомоги
- Антенатальні кортикостероїди
- Антибіотики при передчасному розриві плодових оболонок
- Профілактика інтранатального інфікування дитини стрептококом групи В
- Магnezії сульфат (до 30-32 тижнів) для плодової нейропротекції



Скринінг жінок з групи низького ризику

- Скринінг та лікування бактеріального вагінозу, трихомоніазу та кандидозу, **включаючи безсимптомних жінок**, знижує:
 - Частоту передчасних пологів на **45%**
 - Частоту народження дітей з малою масою тіла:
 - Менше 2500 г – на **52%**
 - Менше 1500 г – на **66%**

Достовірність рекомендації А

*Sangkomkarnhang US, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M.
Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2.*



Гормональна підтримка

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.

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

ЕФЕКТ = ПЛАЦЕБО

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

Подвійне РПКІ (n = 1228) вагінального прогестерону, 200 мг щодня з 22-24 до 34 тижнів вагітності, за виношуванням вагітності та неонатальними результатами у жінок з підвищеним ризиком передчасних пологів (попередні ПРВ ≤ 34 тижнів і 0 днів вагітності, або довжині шийки матки ≤ 25 мм, або через позитивного тесту ФН в поєднанні з іншими клінічними факторами ризику для ПР.

Вагінальний прогестерон не був пов'язаний зі зниженням ризику передчасних пологів або композитних неонатальних несприятливих наслідків, і не мали довгостроковій користі чи шкоди на результати у дітей з 2-х років.



Вагітним без анамнестичних передчасних пологів, пізніх викиднів

ACOG Guidelines – Summary

Не рекомендовано для профілактики ПП:

Шов на шийку матки, ліжковий режим, тензометрія, спостереження в умовах стаціонару.

Не визначено:

Рутинна цервікометрія (частота, тривалість).

NICE Guidelines – Summary

Не рекомендовано для профілактики ПП:

Шов на шийку матки, ліжковий режим, тензометрія, спостереження в умовах стаціонару, таблетовані токолітики, в/м та і/в прогестерон, цервікометрія та визначення фетального фібронектину у безсимптомних вагітних.

NKCOG Guidelines – Summary

Не рекомендовано для профілактики ПП:

Шов на шийку матки, ліжковий режим, тензометрія, спостереження в умовах стаціонару, таблетовані токолітики, цервікометрія та визначення фетального фібронектину у безсимптомних вагітних.



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 cerclage 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 ti 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 ti criteria described in the Report of the Canadian Task Force on Preventive Health Care (Table).

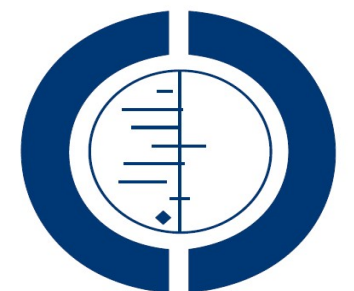
Recommendations

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



THE COCHRANE
COLLABORATION®

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.

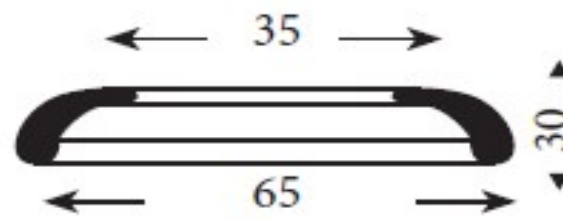
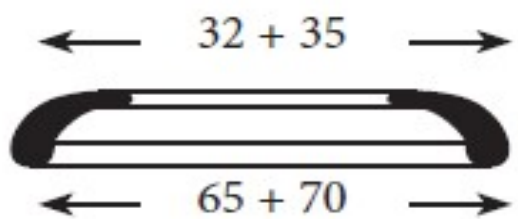
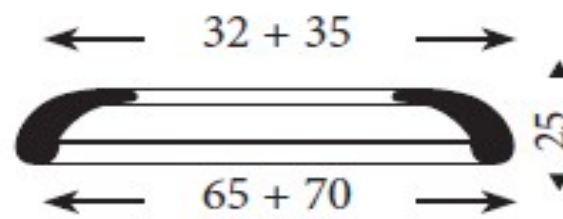
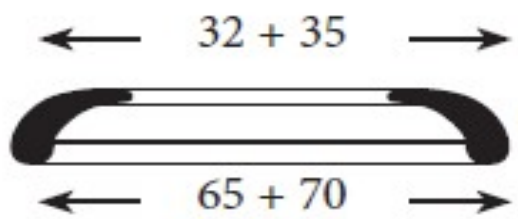


Бальная шкала оценки состоятельности шейки матки

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	КПЕРЕДИ
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	2 см и меньше
ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ ПО ТВ УЗИ	ЗАКРЫТ	МЕНЕЕ 0,9 см	1 см и больше
ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	НЕТ	-	ВЫЯВЛЕНА
ПОЗДНИЙ ВЫКИДЫШ, ИЦН В АНАМНЕЗЕ	НЕТ	ОДИН	ДВА И БОЛЬШЕ, ИЦН



Виды серкляжных пессариев



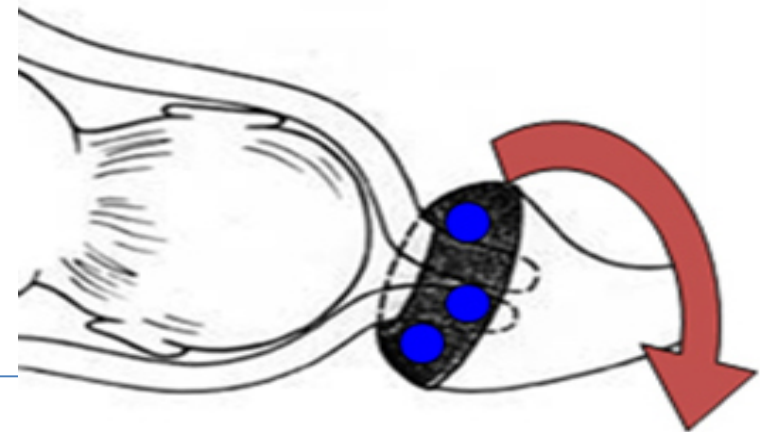
АЛГОРИСТМ ОБСТЕЖЕННЯ НАПЕРЕДОДНІ ІНСТАЛЯЦІЇ ПЕССАРІЮ:

- Трансвагінальна цервікометрія (довжина ш/м, діаметр в/вічка, кут нахилу ш/м) в двох позиціях (стоячи (або пресорна проба) та лежачи;
- Цервікальний стресовий тест;
- Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження;
- рН вагінального секрету.



ТЕХНІКА ІНСТАЛЯЦІЇ ПЕССАРІЯ :

- Перед введенням пессарія слід придати овоїдну форму, стиснув з обох боків;
- Обробка пессарія лубрикантом;
- Вводиться в вагіну в положенні жінки лежачи (викривлена частина пессарія доверху, великий діаметр підтримується тазовим дном);
- Ш/м повинна бути розташована в межах верхнього діаметру пессарія;
- Перевірка коректної інсталяції при допомозі дзеркал.



Результати власних досліджень

УЗ маркери	%	Наслідки	%
Стабілізація довжини ш/м	52,8	Додаткове призначення токолітичної терапії	16,7
Подовження ш/м	47,2	Призначення антенатальних кортикостероїдів	11,1
Кут нахилу ш/м <90	94,4	Передчасні пологи до 28 тижнів	2,8
Діаметр внутрішнього вічка < 6 мм	91,7	Передчасні пологи до 37 тижнів	2,8
		Перинатальні втрати	2,8
		Посилення вагінальних виділень	66,7



Серкляжний песарій



<http://www.dr-arabin.de/e/cerclage.html>

Рандомізоване контрольоване дослідження (Maria Goya, et al., 2012)

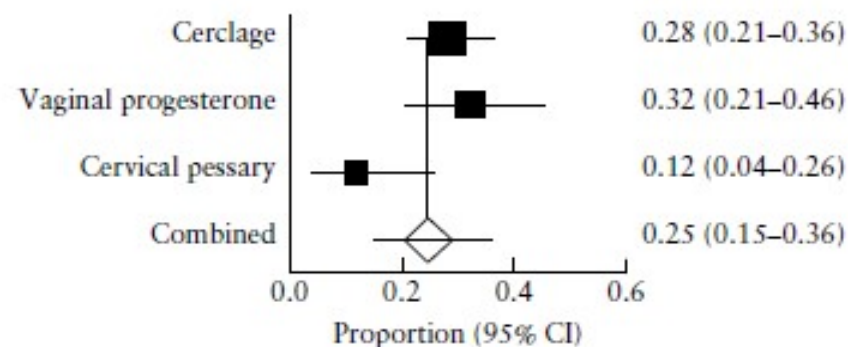
- 385 вагітних: 192 - встановлений песарій, решта - очікувана тактика
- В групі вагітних, яким був встановлений песарій, передчасні пологи в терміні <34 тижня траплялись достовірно рідше ніж в контрольній групі (12 [6%] в порівнянні з 51 [27%], Відношення шансів, ВШ 0,18, 95% ДІ 0,08–0,37; $p < 0,0001$).
- Жодного шкідливого впливу на перебіг вагітності.
- Серкляжний песарій може попереджувати передчасні пологи у жінок з проблемною шийкою матки у другому триместрі вагітності [A].

Table 2 Clinical outcomes for three cohorts of women with prior preterm birth and short cervix on transvaginal ultrasound, treated with different management protocols: cerclage (USA), vaginal progesterone (UK) or cervical pessary (Spain)

Clinical outcome	Primary therapy for short cervix			Relative risk (95% CI)		
	Cerclage (A)	Vaginal progesterone (B)	Cervical pessary (C)	A vs B	A vs C	B vs C
	(n = 142)	(n = 59)	(n = 42)			
Pregnancy outcome						
Birth < 37 weeks	63 (44)	27 (46)	19 (45)	0.97 (0.69–1.35)	0.98 (0.67–1.43)	1.01 (0.66–1.56)
Birth < 34 weeks	40 (28)	19 (32)	5 (12)	0.87 (0.56–1.38)	2.37 (1.00–5.61)	2.70 (1.10–6.67)
Birth < 28 weeks	20 (14)	8 (14)	3 (7)	1.04 (0.48–2.22)	1.97 (0.62–6.31)	1.90 (0.53–6.74)
Cesarean section	43 (30)	12 (20)	10 (24)	1.49 (0.85–2.61)	1.23 (0.70–2.31)	0.85 (0.41–1.79)
Neonatal outcome						
Perinatal loss	12 (8)	5 (8)	1 (2)	0.99 (0.37–2.71)	3.55 (0.47–26.51)	3.56 (0.43–29.37)
Serious ICH	0	1 (2)	0	—	—	—
Serious respiratory morbidity	12 (8)	6 (10)	2 (4)	0.83 (0.33–2.11)	1.77 (0.41–7.62)	2.14 (0.45–10.07)
Necrotizing enterocolitis	2 (1)	0	1 (2)	—	—	—
Retinopathy of prematurity	3 (2)	0	0	—	—	—

Data are given as n (%) or relative risk (95% CI). ICH, intracranial hemorrhage.

Cervical length (mm) when treatment started	18.4 ± 6.3	21.1 ± 8.1	19.3 ± 5.1
Cerclage	142 (100)	6 (10)	0
Progesterone	54 (38)†	59 (100)‡	0
Cervical pessary	0	1 (2)	42 (100)



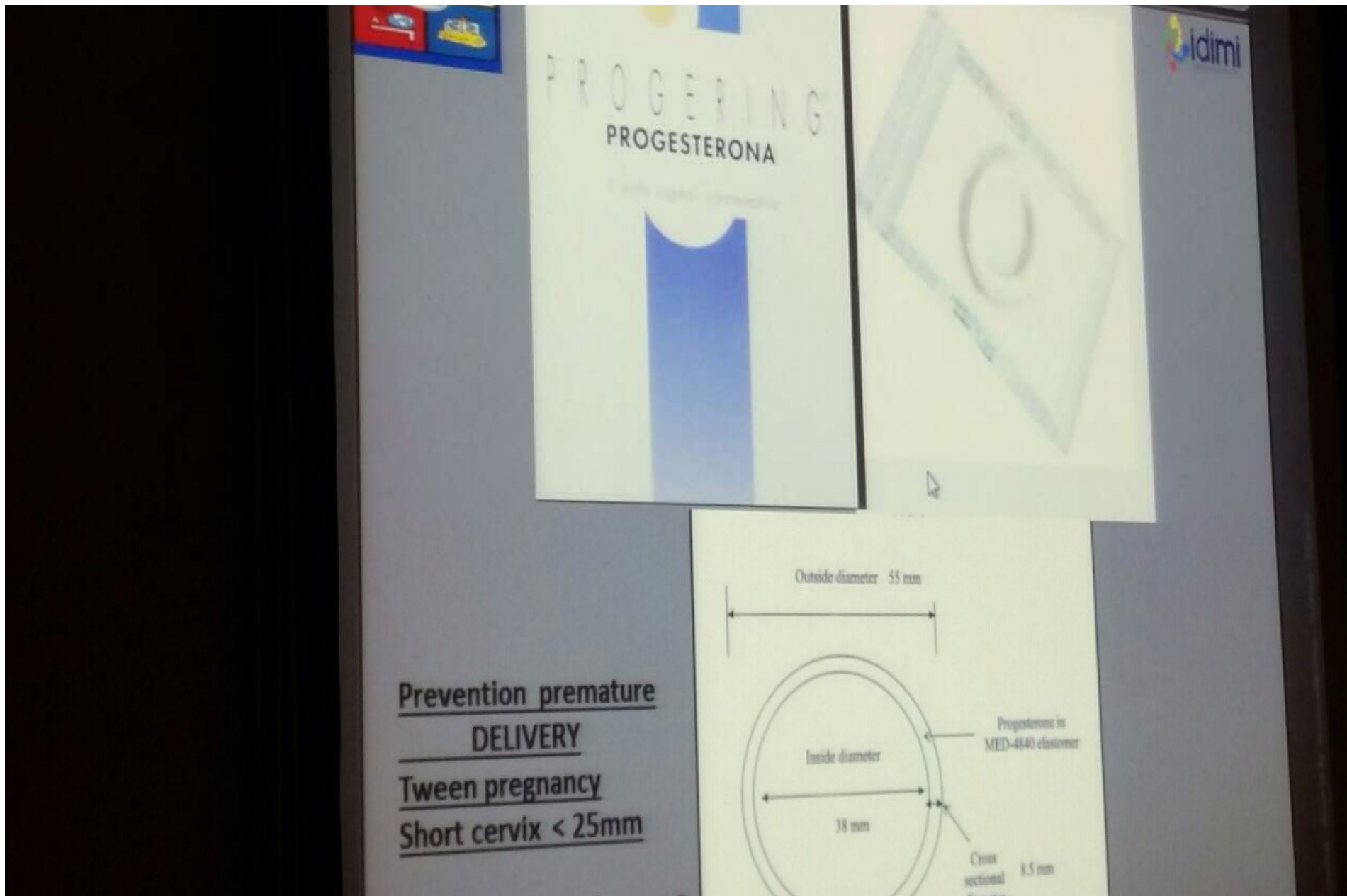
A Randomized Trial of a Cervical Pessary to Prevent Preterm Singleton Birth

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

N Engl J Med 2016; 374:1044-1052 [March 17, 2016](#)







Дякую за увагу!!!

