

Вимірювання довжини шийки

При вимірюванні довжини шийки шляхом черезпіхвової ехографії:

- Жінку зі звільненим сечовим міхуром кладуть в задню літотомну позицію.
- Ультразвуковий датчик вводять у піхву, скеровуючи до переднього склепіння. Намагайтеся при цьому не тиснути на шийку, аби не спричинити цим її штучного подовження.
- Після одержання сагітального розрізу шийки слід використати ехогенну слизову ендocerвікса для визначення внутрішнього вічка, щоби не сплутати шийку з нижнім сегментом матки.
- Для вимірювання лінійної довжини шийки бігунці розміщують на трикутній ехогенній ділянці зовнішнього вічка та V-подібній виїмці внутрішнього вічка.
- Кожне обстеження має тривати 2-3 хвилини, оскільки довжина шийки у близько 1% випадків може мінятися внаслідок скорочень матки, і тоді до уваги береться найкоротший розмір.

Відтворюваність вимірів. Черезпіхвове вимірювання довжини шийки є легко відтворюваним, і в 95% випадків різниця між двома розмірами того ж виконавця або двох різних виконавців не перевищує 4 мм.

Черезпіхвова ехографія

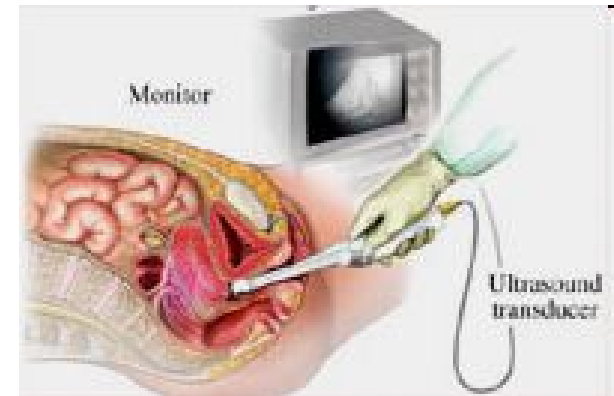
Вимірювання довжини шийки

Способи

Черезпіхвова ехографія є найкращим способом для вимірювання довжини шийки.

Черевна ехографія у великій кількості випадків не дозволяє добре оглянути шийку, особливо, якраз у випадках вкороченої шийки. До того ж, вдала візуалізація вимагає наповнення сечового міхура, який хибно подовжує шийку.

Промежинно шийку також можна досліджувати, приклавши лінійно-викривлений (convex) датчик між великими губами. Таким чином шийка може бути оглянута адекватно у майже 80% пацієнтів, а розміри довжини шийки, одержані в такий спосіб, є дуже подібними до тих, що отримані шляхом черезпіхвової ехографії. Проте, у близько 20% випадків шийку або взагалі неможливо побачити, або її зовнішнє чи внутрішнє вічка є затемненими, і ці перешкоди не вдається усунути ані вертикальними рухами датчика, ані його боковими зсувами чи обертаннями.



Вимірювання довжини шийки

Способи

Вигнута шийка

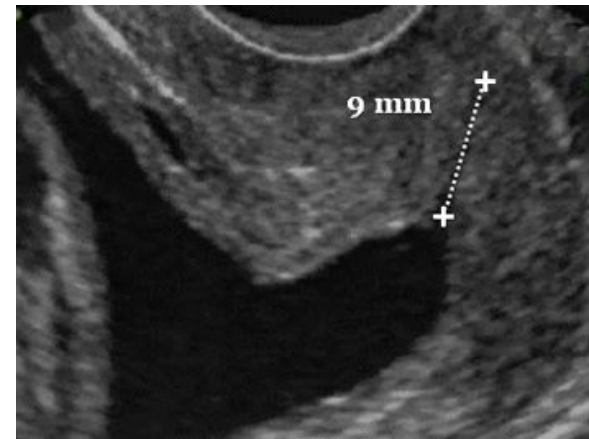
Часто шийка буває вигнутою, і в таких випадках вимірювання її довжини просто між зовнішнім та внутрішнім вічками неминуче дасть коротший розмір, ніж той, що одержаний вздовж шийкової протоки.

З клінічної точки зору, спосіб вимірювання не є значущим, оскільки вкорочена шийка завжди буде прямою.

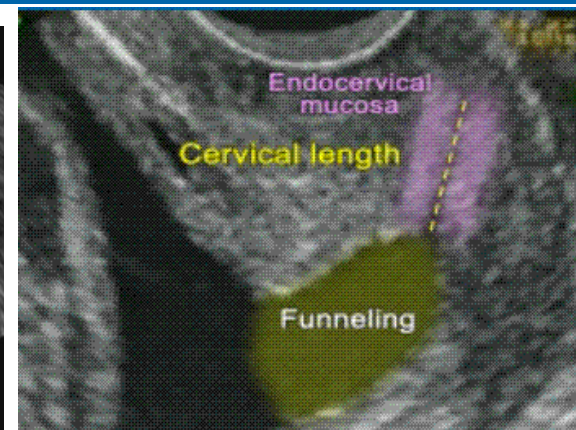
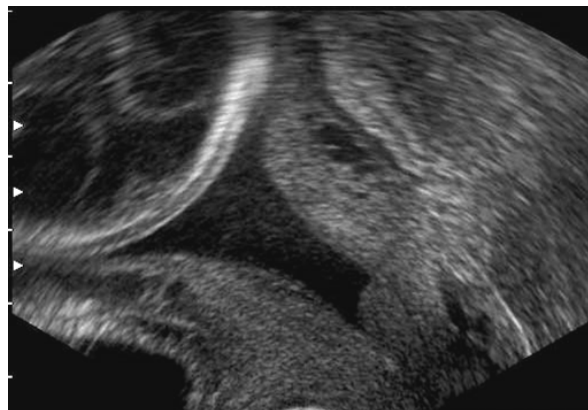
Ознака воронкоподібного проникнення

Розширення внутрішнього вічка, яке ехографічно виглядає як воронкоподібне проникнення, є нічим іншим, як простим відбиттям процесу вкорочення шийки, що зрештою призведе до передчасних пологів. Мало не всі жінки із короткою шийкою спочатку мають ознаку воронкоподібного проникнення у внутрішньому вічку.

У жінок із довгою шийкою та ознакою воронкоподібного проникнення ризик передчасних пологів не є підвищеним.



Коротка шийка з проникненням

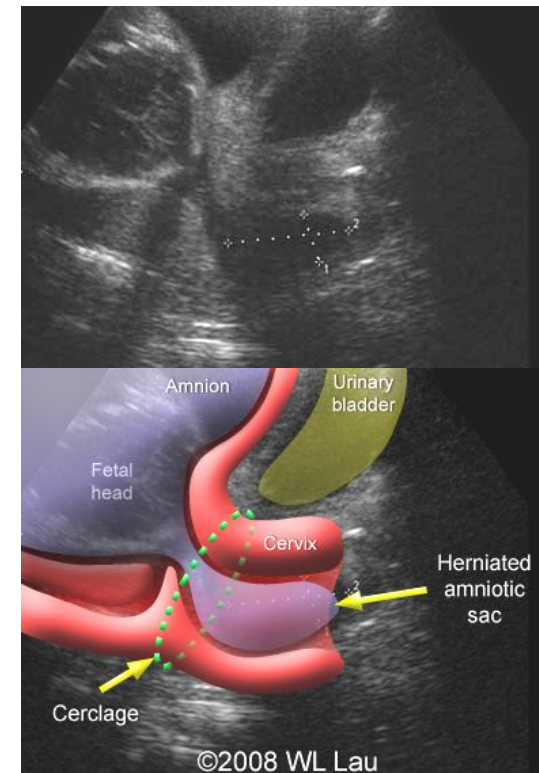


Клінічне застосування

Ехографічне вимірювання довжини шийки є клінічно корисним у наступних ситуаціях:

- Передбачення передчасних пологів у жінок без клінічних проявів. Жінкам із попередніми передчасними пологами та при вадах матки (напр., однорогова матка) довжину шийки слід міряти щодвятижні між 14 і 24 тиж. вагітності. Жінкам без такого анамнезу вимірювання шийки слід виконувати від 20 до 24 тиж.
- Передбачення ймовірності пологів протягом наступних семи днів у жінок із проявами загрози передчасних пологів.
- Вимірювання довжини шийки при вагітностях із багатоводдям у I-му чи ранньому III-му триместрі є корисним для визначення часу видалення надлишків оплідної рідини.
- Вимірювання в 37 тиж. довжини шийки у жінок із запланованим цісарським розтином може допомогти визначитись, чи здійснювати розтин у 37-38 тиж. або відкласти його до 39-41 тиж.
- У жінок, що підлягають викликанню пологів, вимірювання довжини шийки дають можливість передбачити час від збудження до пологів, вірогідність пологів природним шляхом протягом 24 годин або шляхом цісарського розтину.
- При триваючих доношених вагітностях вимірювання довжини шийки в 41 тиж. допомагає передбачити ймовірність мимовільного початку пологів та розродження природним шляхом впродовж наступних 10 днів.

Відкрита шийка



В 1-у вагітність жінка мала двояйцеву двійню внаслідок ЗІВ. У 20 тиж. відбувся самочинний розрив оболонок, і в 21 тиж. стався викидень. При 2-й вагітності після ЗІВ їй перенесли 3 зародки. Під час звичайного УЗД в 16 тиж. знайдено різнояйцеву трійню та відкриту шийку. Для наступної вагітності пацієнтка одержала пораду щодо переносу лише одного зародка та обвідного шва в 12 тиж. на шийку матки.

Передчасні пологи

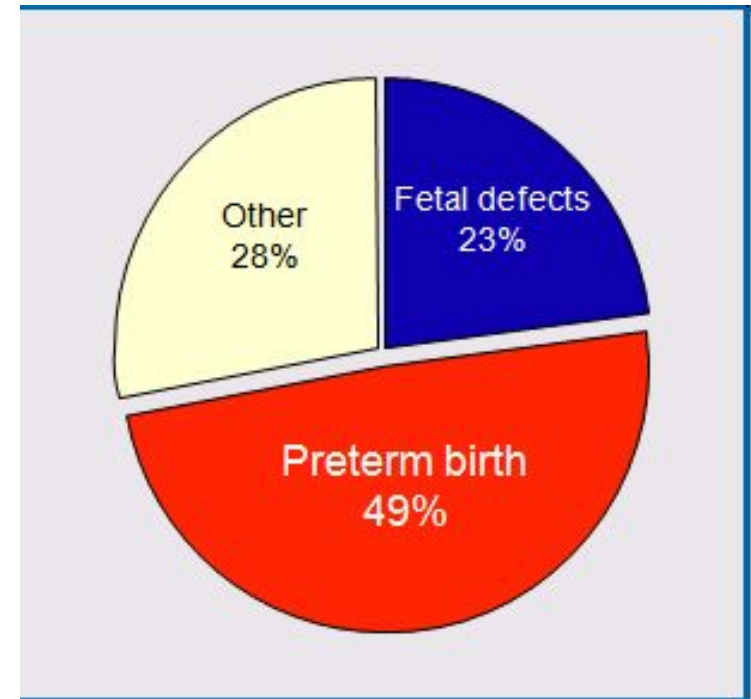
Вплив передчасних пологів

У світі щороку народжується близько 130 мільйонів дітей, 4 мільйони з яких помирають протягом перших чотирьох тижнів життя, у період новонародженості.

Головними прямими причинами неонатальної смерті у всьому світі є передчасне народження, тяжкі інфекції та асфіксія.

У розвинених країнах передчасні пологи відповідають майже за половину всіх смертей новонароджених.

Причини неонатальної смерті



Neonatal death in UK: CEMACH report 2000-2003

Передчасні пологи

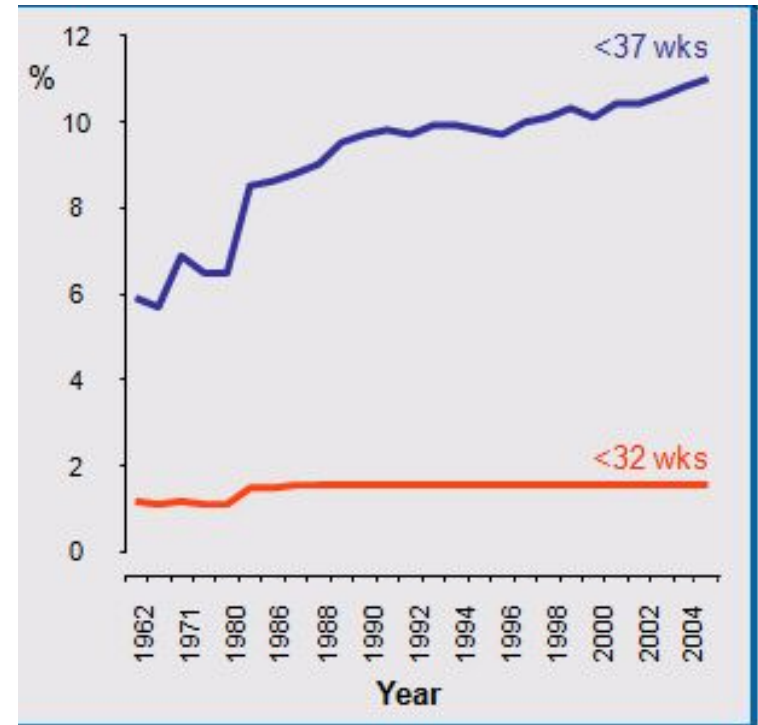
Частота передчасних пологів

Частота передчасних пологів останніми 50 роками не зменшилась, а в найбільш розвинених країнах продовжує збільшуватись, незважаючи на поліпшення знань щодо чинників ризику та механізмів, пов'язаних із передчасними пологами.

По суті, є дві причини неспроможности зменшити частоту передчасних народжень:

- Відсутність дієвих просівних обстежень для визначення жінок із високим ризиком.
- Брак дієвих заходів, аби попередити ці ускладнення.

Неонатальна смерть



USA National Centre for Health Statistics

Передчасні пологи

Види передчасних пологів

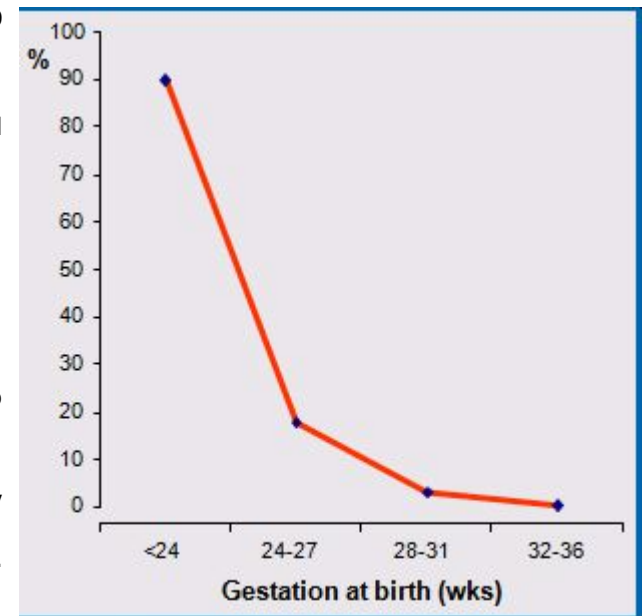
Третина передчасних народжень є наслідком пологів за медичними показаннями, головним чином, прееклямпсії та затримки росту плода; а дві третини – мимовільні внаслідок передчасного початку переймів або передчасного розриву оболонок.

Всі народження до 37 тиж. визнаються передчасними і розподіляються відповідно до віку вагітності під час пологів на:

- Вкрай передчасні (<28 тиж.), зустрічаються у близько 0.25% вагітностей.
- Ранні (28-30 тиж.), зустрічаються у близько 0.25% вагітностей.
- Помірно передчасні (31-33 тиж.), зустрічаються у близько 0.6% вагітностей.
- Незначно передчасні (34-36 тиж.), зустрічаються у близько 3.0% вагітностей.

Ризик смерти плода та неповносправності підвищений переважно у підгрупах вкрай передчасних, ранніх та помірно передчасних пологів. Загальна поширеність мимовільних пологів до 34 тиж. складає близько 1%.

Неонатальна смерть



Neonatal death in UK: CEMACH report 2003-2004

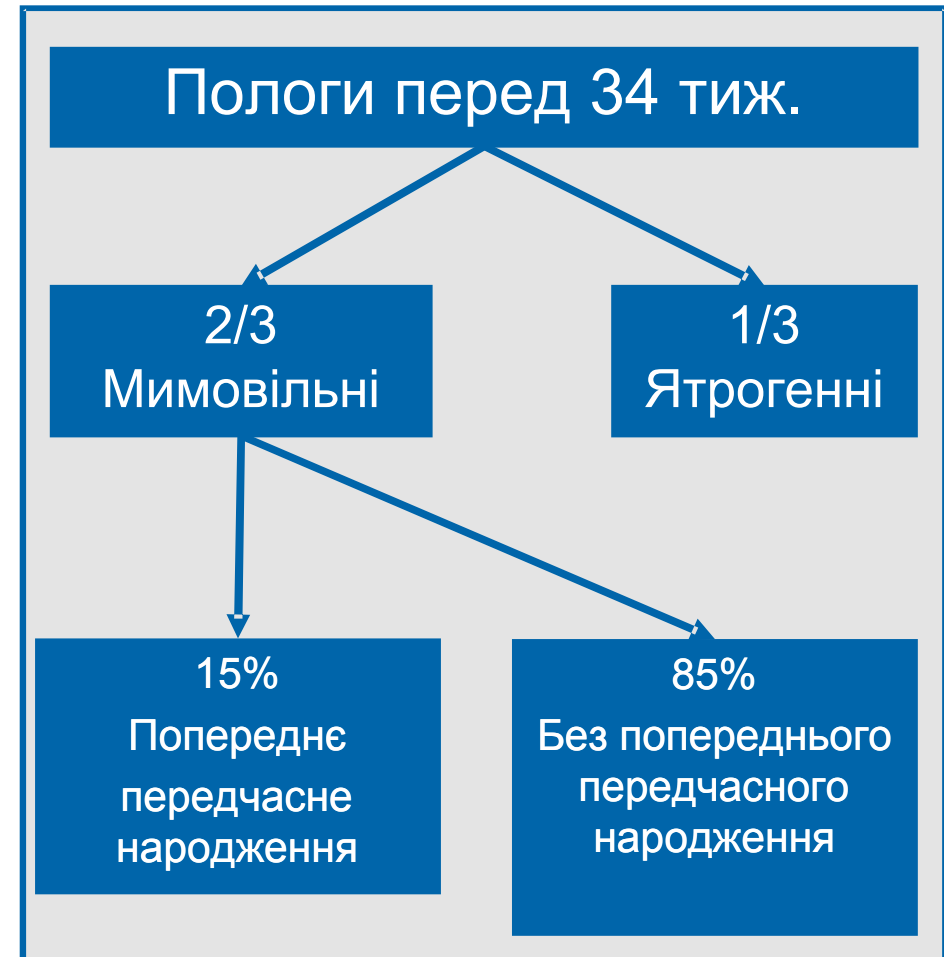
Передчасні пологи

Просівні обстеження та передчасні пологи

По суті, є дві групи вагітних жінок із мимовільними пологами перед 34 тижнями:

- 15% таких пологів відбувається у жінок, які мали попередні пізні викидні або мимовільні передчасні пологи. Така група включає близько 3% всіх вагітних у популяції. Ризик повторення у цих жінок обернено пов'язаний із віком вагітності на час попередніх передчасних пологів.
- 85% таких пологів відбувається у 97% жінок, які мають свою першу вагітність або їх попередні вагітності були доношеними.

Отже, будь-яка стратегія зменшення частоти передчасних пологів, що зосереджується на підгрупі жінок із попередніми передчасними пологами, матиме надто малий вплив на загальну частоту передчасних пологів.



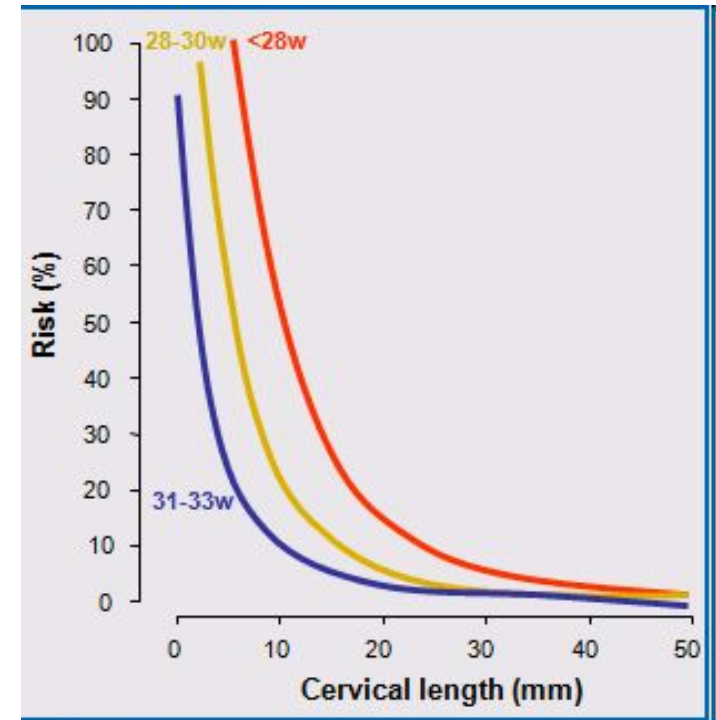
Передчасні пологи

Засадничо, існує дві стратегії для визначення групи високого ризику серед жінок із першою вагітністю або із попередньою доношеною вагітністю:

- **Шийково-піхвовий плодовий фібронектин** у 22-24 тиж. Плодовий фібронектин є глікопротеїном позаклітинного матриксу, виробляється амніоцитами та цитотрофобластом. Він знаходиться між торочковою (chorion) і відпадною (decidua) оболонками у якості “клею” між плодівмістищем і маткою. Плодовий фібронектин при всіх вагітностях можна знайти у шийково-піхвових виділеннях: високий вміст перед 22 тиж., але низький вміст (менше 50 нг/мл) у 22-34 тиж. Вимірювання плодового фібронектину в 22-24 тиж. є корисним для передбачення підвищеного рівня мимовільних передчасних пологів. У 22-24 тиж. ця проба позитивна у близько 4% жінок, серед яких 25% народжують мимовільно перед 34 тижнями.

- **Довжина шийки** в 22-24 тиж. зазвичай в середньому складає 36 мм. Ризик мимовільних передчасних пологів обернено пропорційний довжині шийки і підвищується експоненціально при довжині шийки, меншій за 15 мм. Довжину 15 мм чи менше мають близько 1% жінок, серед яких близько 30% матимуть мимовільні передчасні пологи перед 34 тижнями. При **вагітностях двійнями чи трійнями** ризик мимовільних передчасних пологів також є обернено пропорційним. Проте, в разі багатоплідних вагітностей порогом для експоненціального підвищення ризику є 25 мм.

Мимовільні передчасні пологи



Celik et al, Ultrasound Obstet Gynecol 2008;31:549.

Передчасні пологи

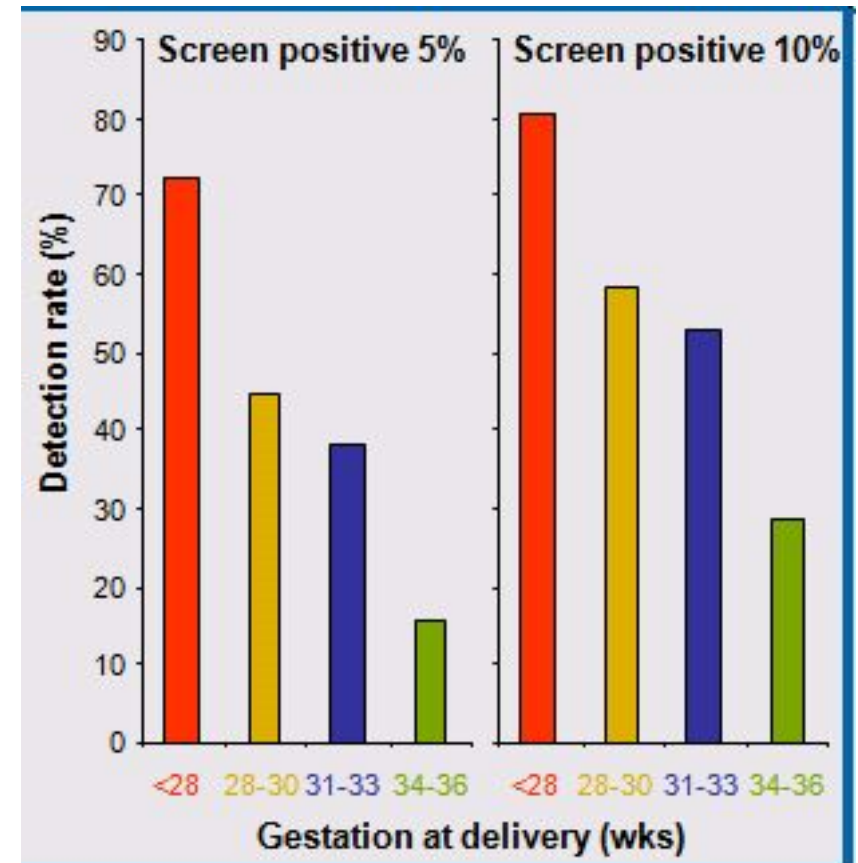
Просівні обстеження довжини шийки і положничий анамнез

Модель поєднання довжини шийки з положничим анамнезом забезпечує краще передбачення мимовільних передчасних пологів, ніж кожний чинник окремо, і чутливість таких просівних обстежень поліпшується при підвищенні рівня недоношування. При частоті позитивних даних просівних обстежень у 5% частота виявлення вкрай передчасних пологів сягає майже 70%, ранніх - 45%, помірно передчасних - 40%, і 15% для незначно передчасних пологів. Відповідно, вартість обстежень при 10% позитивних даних просіву складає 80%, 60%, 55% та 30%.

Обчислювач передчасних пологів

Коли Ви одержите Свідоцтво FMF щодо спроможности оцінки шийки, матимете доступ до цього обчислювача, який дозволить Вам визначати ризик мимовільних передчасних пологів.

Мимовільні передчасні пологи



Celik et al, Ultrasound Obstet Gynecol 2008;31:549.

Передчасні пологи

Попередження передчасних пологів

Дослідження з вивчень цінності запобіжних заходів в основному зосередились на двох групах жінок:

- Жінки з попередніми передчасними пологами.
- Жінки без попередніх передчасних пологів, але зі знайденими через просівні обстеження під час цієї вагітності ознаками підвищеного ризику передчасних пологів.



Передчасні пологи

Попередження у жінок із попередніми передчасними пологами

Жодних переваг для зменшення ризику повторів не було знайдено для наступних стратегій:

- **Постільний режим** у лікарні чи вдома широко радиться для попередження передчасних пологів, але не існує жодних наукових доказів на підтримку цієї практики. Натомість, випадковісіні (randomized) дослідження близнюкових вагітностей показали, що постільний режим підвищує частоту передчасних пологів. Також постільний режим може мати деякі шкідливі впливи на жінок, включаючи підвищену ймовірність венозних тромбозів, атрофії м'язів і стану нервового напруження.
- **Бетаміметики**, що призначаються профілактично.
- **Зміни способу життя**, такі як: обмеження фізичної праці, частіше відвідування жіночих консультацій, психологічна підтримка чи дієти, багаті на залізо, фолати, кальцій, магнезію цинку, вітаміни або риб'ячий жир.



Передчасні пологи

Попередження у жінок із попередніми передчасними пологами

Переваги для зменшення ризику повторів були доведені щодо наступних двох стратегій:

- **Обвідний шов на шийку** зменшує ризик пологів перед 34 тиж. на близько 25%. Є два підходи у веденні пацієнток із попередніми передчасними пологами. Перший – обвідний шов на шийку всім жінкам без знайдених значних аномалій плода після дослідження у 11-13 тиж. Другий – вимірювання довжини шийки щодвятижні, накладання обвідного шва лише в разі зменшення довжини шийки понад 25 мм. Загальна частота передчасних пологів є подібною для обох підходів, але другий ліпше, оскільки зменшує потребу в накладанні обвідного шву майже на 50%.

- **Прогестерон**, що приймається від 20 до 34 тиж., зменшує ризик передчасних пологів перед 34 тиж. майже на 25%. Прогестерон може призначатись або як природний продукт (200 мг) допіхвово щоночи, або як синтетичний 17 альфа-гідроксіпрогестерону капронат (250 мг) дом'язово. Природний прогестерон є кращим, оскільки відсутні такі небажані бічні дії, як сонливість, втома та головний біль. До того ж, існують деякі підозри, що введення 17-ОГП-К може підвищувати ризик загибелі плода.

Жінки з попередніми передчасними пологами

- Жодної користі від постільного режиму, профілактики токолітиками або змін способу життя не підтверджено
- Прогестерон щоночи допіхвово від 20 до 34 тижнів зменшує частоту передчасних пологів на 25%
- Вимірювання довжини шийки щодвятижні між 14 і 24 тижнями та обвідний шов на шийку при довжині шийки, меншій за 25 мм, зменшує частоту передчасних пологів на 25%

Передчасні пологи

Попередження у жінок із запаленням або інфекцією

У жінок із позитивною пробою на фібронектин ризик передчасних пологів є підвищеним, але профілактичне використання антибіотиків його не зменшує.

Бактеріальний вагіноз – це порушена рівновага піхвової флори, спричинена зменшенням вмісту молочнокислих бактерій та відповідним значним збільшенням змішаної анаеробної флори, що включає *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* і *Mobiluncus species*. Бактеріальний вагіноз наявний майже у 20% вагітних жінок, і більшість випадків є безсимптомними. Ризик передчасних пологів у жінок із бактеріальним вагінозом подвоюється, і може підвищуватися до 5 разів, якщо інфекція з'явиться перед 16 тижнями. Лікування антибіотиками може викоринити бактеріальний вагіноз, але не зменшує ризику передчасних пологів. Однак, потрібні подальші дослідження того, чи може знизити ризик передчасних пологів лікування, проведене до 16 тижнів.

У жінок із безсимптомною бактеріурією підвищений ризик передчасних пологів та пієлонефриту. Лікування антибіотиками зменшує ризик пієлонефриту, але не знижує ризику мимовільних передчасних пологів.

Жінки без попередніх передчасних пологів, але з позитивними даними просівного обстеження

- Наявність плодового фібронектину. Антибіотики не зменшують, а, радше, підвищують ризик передчасних пологів
- Бактеріальний вагіноз. Антибіотики не зменшують ризик передчасних пологів. Ймовірно, що лікування антибіотиками може бути корисним в разі його проведення перед 16 тижнями
- Вкорочення шийки у 20-24 тиж. Обвідний шов може знизити ризик передчасних пологів на 15%. Прогестерон щодночи допіхвова від 20 до 34 тиж. зменшує ризик передчасних пологів майже на 45%

Передчасні пологи

Попередження: обвідний шов при одноплодовій вагітності

Обвідні шви накладалися з метою попередження передчасних пологів жінкам, що вже мали попередні викидні у 2 триместрі, або ж тим, які мали вкорочення шийки, знайдене під час бімануального чи ультразвукового дослідження.

Перевірявся спеціалізований реєстр Вагітностей та Народження дітей Cochrane, вивчалися матеріали фахових зустрічей Міжнародних і Європейських товариств з питань материнсько-плодової медицини, повторних викиднів та репродуктивної медицини, а також обпитувалися дослідники цих напрямків.

Використано всі випадковісні дослідження, які порівнювали накладання обвідних швів на шийку та очікувальне ведення із веденням без накладання обвідних швів.

Вивчено 6 досліджень, до яких на загал було залучено 2175 жінок. У 4 із цих досліджень порівнювались попереджувальні накладання обвідних швів із веденням без накладання таких швів.

Передчасні пологи

Попередження: обвідний шов при одноплодовій вагітності

ВИСНОВКИ:

НА ЗАГАЛ НЕ БУЛО ЗНАЙДЕНО ЗМЕНШЕННЯ ЧАСТОТИ ВИКИДНІВ АБО ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ. Одночасно накладання швів супроводжувались помірним жаром, частішим використанням токолітиків і госпіталізацією, хоча значної хворобливості не спостерігалось.

ВИСНОВКИ АВТОРІВ:

НЕ СЛІД ПРОПОНУВАТИ ОБВІДНИЙ ШОВ НА ШИЙКУ МАТКИ ЖІНКАМ ІЗ НИЗЬКИМ АБО СЕРЕДНІМ РИЗИКОМ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У 2 ТРИМЕСТРІ.

Cochrane огляд, підготований групою Співробітництва Cochrane, оприлюднений у Базі Даних Cochrane Систематичних Оглядів 2009 року, 2 видання, авторське право ©2009 Cochrane Collaboration (Повний текст огляду доступний у The Cochrane Library (ISSN 1464-780X)).

Drakeley AJ, Roberts D, Alfirevic Z. Cervical stitch (cerclage) for preventing pregnancy loss in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD003253. DOI: 10.1002/14651858.CD003253.

Ця версія вперше оприлюднена 20 січня 2003 р.

Передчасні пологи

Попередження: обвідний шов при багатоплодовій вагітності

ВИСНОВКИ:

**ОБВІДНИЙ ШОВ ПРИ ДВІЙНЯХ
СУПРОВОДЖУВАВСЯ ЗНАЧНО БІЛЬШОЮ
ЧАСТОТОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ (!!!!!)**

Cerclage for short cervix on ultrasound: meta-analysis of trials using individual patient-level data. Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM // Obstet Gynecol. – 2005 Jul;106(1):181-9.

Передчасні пологи

Попередження у жінок із вкороченою шийкою

У жінок із вкороченою шийкою, знайденою під час просівних піхвових УЗД у 22-24 тиж., випробовують дві стратегії для зменшення ризику передчасних пологів:

- **Прогестерон** (піхвове використання 200 мг щодоби у 24-34 тиж.) жінкам із довжиною шийки від 15 мм і менше у 20-24 тиж. знижує частоту мимовільних пологів перед 34 тижнями майже на 45%.
- **Обвідний шов на шийку** при одноплодових вагітностях із вкороченою шийкою і без попередніх передчасних пологів зменшують ризик мимовільних передчасних пологів перед 34 тижнями лише на 15%.

Випадковісні (randomized) дослідження близнюкових вагітностей із вкороченою шийкою (меншою за 25 мм) показали, що обвідний шов на шийці підвищує ризик передчасних пологів.

Передчасні пологи

Зведення спроб попередження

При одноплодових вагітностях у жінок із попередніми передчасними пологами частота повторення знижується майже на 25% або профілактичним призначенням прогестерону або профілактичним накладанням обвідного шва на шийку.

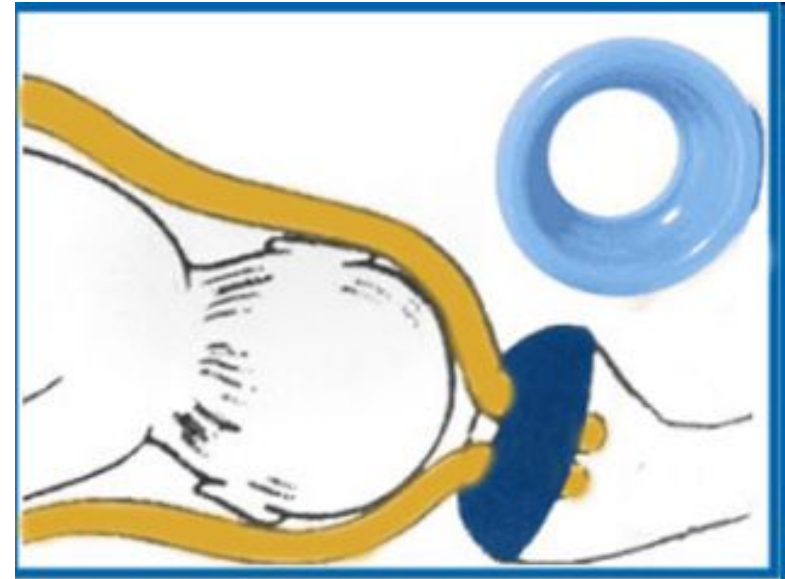
При одноплодових вагітностях у жінок без попередніх передчасних пологів, але із вкороченою шийкою (15 мм чи менше), знайденою під час просівного УЗД в 20-24 тиж., ризик пологів перед 34 тиж. є дуже високим, і профілактичне призначення прогестерону знижує його майже на 45%.

Незважаючи на частковий успіх лікування, залишається велика потреба у подальших заходах щодо зменшення частоти передчасних пологів при вагітностях високого ризику.

При близнюкових вагітностях частота мимовільних передчасних пологів перед 34 тиж. складає близько 13% при 1% у одноплодових. Випадковісні дослідження близнюкових вагітностей показали, що:

- Постільний режим значно підвищує, радше ніж знижує, частоту ранніх передчасних пологів.
- Обвідний шов при вкороченій шийці (меншій за 25 мм) подвоює ризик ранніх передчасних пологів.
- Профілактичне призначення прогестерону не зменшує ризик ранніх передчасних пологів.

Піхвовий силіконовий песарій



Піхвовий песарій. Існує ймовірність того, що введення песарія жінкам із вкороченою шийкою може зменшити частоту передчасних пологів. Песарій, що представляє собою гнучкий силікон, використовується для підтримання шийки і утримання її напрямку в бік крижів. FMF веде багатоцентрове дослідження з метою визначити, чи дійсно введення піхвових песаріїв при одноплодових та близнюкових вагітностях знижує ризик передчасних пологів

Вивчення песарія [один плід](#) / [близнюки](#)

Загроза передчасних пологів

Ведення

Жінкам із загрозою передчасних пологів часто призначають:

- Госпіталізацію до лікарні з наявністю інтенсивної неонатальної допомоги.
- Токолітики для попередження передчасних пологів.
- Стероїди для поліпшення зрілості легень плода.

Проте, випадковісіні (randomized) дослідження щодо використання токолітиків при зарозі передчасних пологів показали можливу затримку вагітності найбільше до семи днів без суттєвого зменшення частоти передчасних пологів.

Отже, первинною метою токолізу є досягти подовження вагітності на пару днів для дієвого впливу стероїдів на зрілість плодових легень, радше ніж попередження передчасних пологів як таких.

Ведення загрози передчасних пологів:

Розрізнити справжні та хибні перейми:

- Довжина шийки
- Шийково-піхвовий плодовий фібрoneктин

При справжніх переймах:

- Госпіталізація
- Токолітики для затримки пологів
- Стероїди для дозрівання легень плода

Загроза передчасних пологів

Ведення

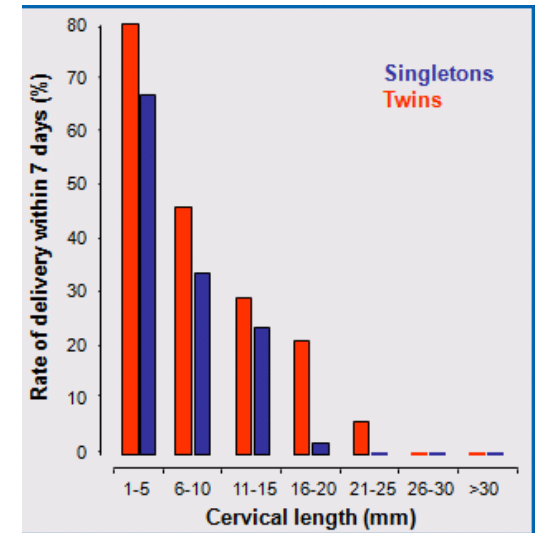
Більшість жінок (понад 80%), що звертаються до лікарні в 24–36 тиж. вагітності з болями та послідовними скороченнями матки, не мають справжніх переймів і не народять протягом наступних семи днів.

У минулому не було надійних способів розрізнити справжні та хибні перейми. Тому високою частотою смертності та неповносправності, пов'язаної із ранніми передчасними пологами, можна було б виправдати лікування всіх пацієнок із загрозою передчасних пологів, бо такі ризики переважали економічну вартість госпіталізації, материнські ризики від токолізу та вірогідні плодові ризики, пов'язані зі стероїдами.

Тепер існують докази того, що у жінок із загрозою передчасних пологів частота пологів протягом наступних семи днів обернено пропорційна довжині шийки. Поріг довжини шийки, який дозволяє безсумнівно розрізнити хибні та справжні перейми при вагітностях із загрозою передчасних пологів, складає 15 мм для одноплодових вагітностей і 25 мм - для близнюкових. Отже, госпіталізацію, призначення токолітиків та стероїдів слід залишити тим жінкам, у яких дійсно почалися перейми, і ці жінки визначаються ехографічним вимірюванням довжини шийки при зверненні. Якщо шийка довша за 15 мм при одноплодових вагітностях або довша за 25 мм при близнюкових вагітностях, ризик пологів протягом найближчих семи днів є меншим за 1%.

Іншим способом оцінки ризику пологів протягом семи днів при зарозі передчасних пологів є проба на плодовий фібронектин у шийково-піхвових виділеннях. Пологи відбудуться у 25% жінок із позитивними пробами на плодовий фібронектин та у 1% тих, хто має від'ємну пробу. Існує суттєвий зв'язок між довжиною шийки та наявністю позитивної проби на фібронектин, проте є сумніви, чи проведення додаткової проби на фібронектин поліпшує прогноз, здійснений лише на підставі вимірювання довжини шийки.

Загроза передчасних пологів



Tsoi et al, Ultrasound Obstet Gynecol 2005;25:353.

Fuchs et al Ultrasound Obstet Gynecol 2004;23:42.

Багатоводдя

Причини

Багатоводдя у II-му триместрі та на початку III-го триместру знаходять приблизно в 1 випадку на 200 вагітностей.

В основному, існує дві головних причини багатоводдя:

- **Зменшення плодового ковтання**, що може бути спричинено нейром'язовими розладами, пухлинами обличчя або шиї, шлунково-кишковими перешкодами, стискаючими легневими вадами або вузькою грудною кліткою внаслідок скелетних дисплезій.

- **Підвищення плодового сечовипускання**, що зустрічається при цукриці (diabetes) матері, підвищеному плодовому кровотокові (внаслідок знекровлення плода, пухлин плода чи посліду, артеріовенозних вад), також при синдромі переливання у близнюків.

Багатоводдя

Ведення

Метою ведення вагітностей із багатоводдям є:

- **Визначення та лікування його причини**, включаючи впорядкування цукру матерям із діабетом, торако-амніотичне шунтування легневих пухирів плода або збільшеної олегневої рідини, внутрішньо-маткове вливання крові при анемії плода, лазерну коагуляцію плацентарних анастомозів при синдромі переливання у близнюків або лазерну коагуляцію судин, живлячих плоду чи плацентарні пухлини.

- **Зменшення ризику надто передчасних пологів** шляхом повторних амніоцентезів та видалення значних об'ємів оплідної рідини. Проте, втручання само по собі може спричинити передчасні пологи, тому амніоцентез слід залишити для тих випадків, коли довжина шийки є меншою за 15 мм або щотижневі УЗ огляди виказали вкорочення шийки до розмірів, менших за 25 мм. Альтернативним та дієвим способом лікування є призначення матері індометацину, однак, ця речовина може викликати звуження артеріальної протоки плода, тому потрібен ретельний догляд через низку ехокардіографічних обстежень плода.

Визначення часу планового цісарського розтину

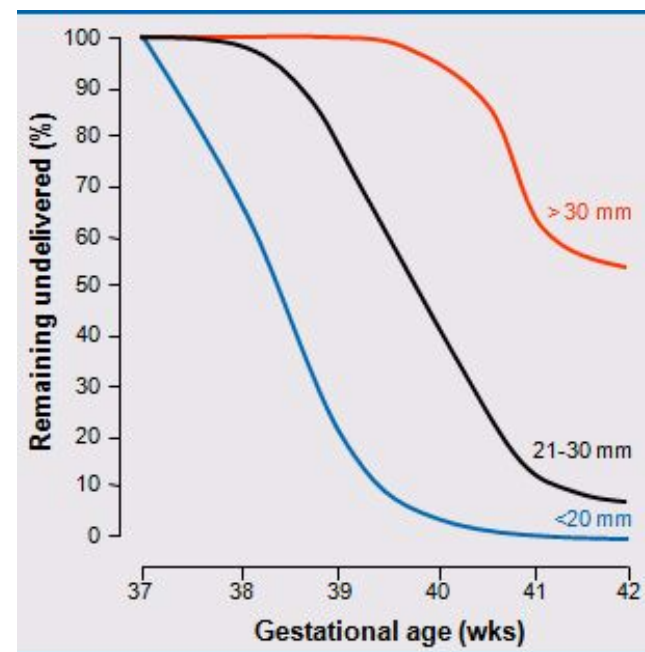
Існують різні погляди на час проведення планових цісарських розтинів, які традиційно виконуються в 38 тиж.

- Затримка до термінів понад 38 тиж. призводить до початку мимовільних пологів, внаслідок чого планові втручання перетворюються на негайні з відповідним підвищенням материнської захворюваності й смертності.
- Обернено пропорційною до віку вагітності на час народження є потреба у штучній механічній вентиляції легенів новонароджених внаслідок нестачі сурфактанту. З кожним повним тижнем вагітності між 37 та 41 тижнями ризик респіраторних розладів зменшується наполовину.

Вимірювання довжини шийки в 37 тиж. є корисним у передбаченні початку мимовільних переймів і вчасних пологів. Ці дані придатні для особистого підходу при плануванні цісарського розтину:

- 95% вірогідності мимовільного початку пологів перед 40 тижнями мають жінки із довжиною шийки, меншою за 20 мм. Таким пацієнткам найкраще виконати плановий цісарський розтин у 37–38 тиж., аби запобігти ризику материнської смертності та захворюваності, який при термінових втручаннях є більшим, ніж при планових.
- 95% вірогідності того, що пологи не почнуться перед 40 тижнями, мають жінки із довжиною шийки, більшою за 30 мм. У таких пацієнток плановий цісарський розтин слід відкласти до 40 тиж. для зменшення ймовірності неонатальних дихальних розладів.

Довжина шийки в 37 тиж.



Ramanathan et al, Ultrasound Obstet Gynecol 2003;22:598

Переношувана вагітність

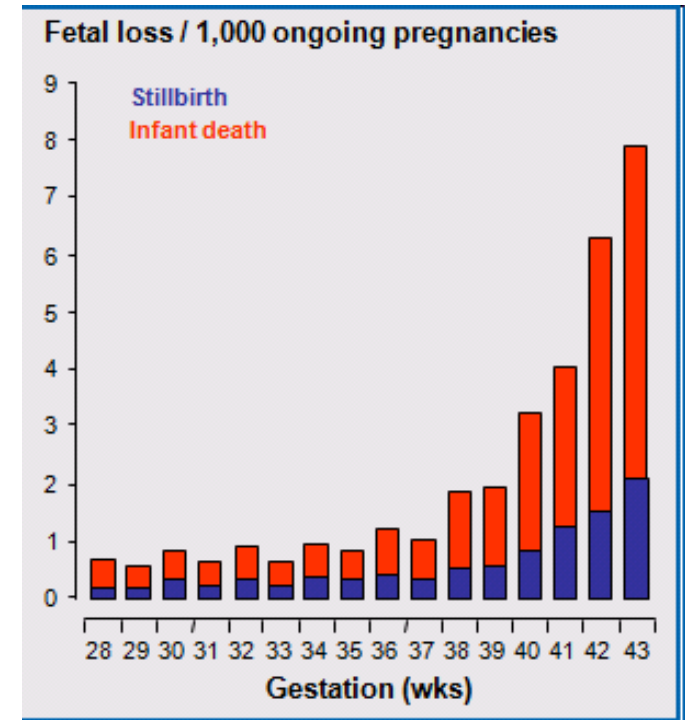
Підґрунтя

У 5-10% жінок вагітності тривають понад 294 дні (42 повних тижні) і визначаються як переношені. При таких вагітностях існує підвищений ризик родової травми та асфіксії, а також мертвонародження чи загибелі після народження.

Ризик загальних втрат (внутрішньо-маткових, неонатальних та малюкових смертей) підвищується від 1.2 на 1000 триваючих вагітностей у 38 тижнів до 2.4 у 40 тижнів та до 5.8 у 43 тижні.

При веденні переношуваних вагітностей викликання пологів у порівнянні до вичікувального ведення сприяє істотному зниженню перинатальної смертності. Проте, приблизно 20% жінок із викликаними переймами потребують розродження шляхом негайного цісарського розтину внаслідок невдалого збуджування, відсутності розвитку пологів або дістресу плода. Частота цісарських розтинів залежить від паритету, сягаючи близько 10% у жінок, які вже мали пологи, та майже 30% у жінок, що не народжували.

Переношувана вагітність



Hilder et al, BJOG 1998;105:169.

Переношувана вагітність

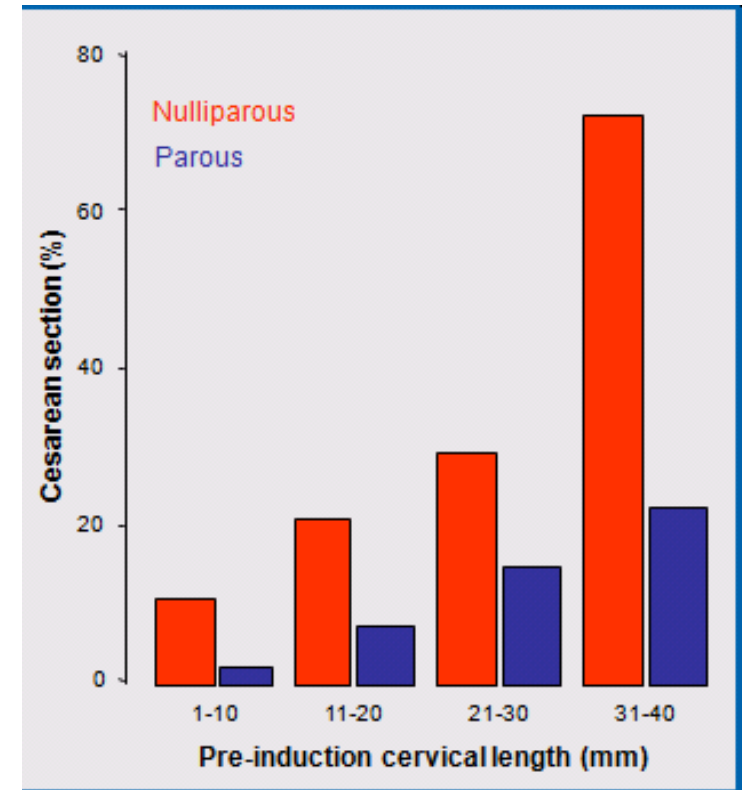
Викликання пологів

Вимірювання довжини шийки у жінок із призначеним викликанням пологів додає корисних даних до інших материнських показників (паритет, вік вагітності та індекс маси тіла) для передбачення проміжку часу між збуджуванням та пологами, вірогідності пологів природним шляхом протягом 24 годин та вірогідності цісарського розтину.

• **У жінок, що народжували,** вірогідність цісарського розтину при невдалому збудженні, відсутності розвитку пологів або дістресі плода зростає від 2%, якщо довжина шийки до викликання пологів мала 1-10 мм, до 20% при довжині шийки понад 30 мм.

• **У жінок, що не народжували,** вірогідність цісарського розтину при невдалому збудженні, відсутності розвитку пологів або дістресі плода зростає від 10%, якщо довжина шийки мала 1-10 мм, до 70% при довжині шийки понад 30 мм.

Довжина шийки перед збуджуванням



Rane et al, Ultrasound Obstet Gynecol 2003;22:40 and 45

Переношувана вагітність

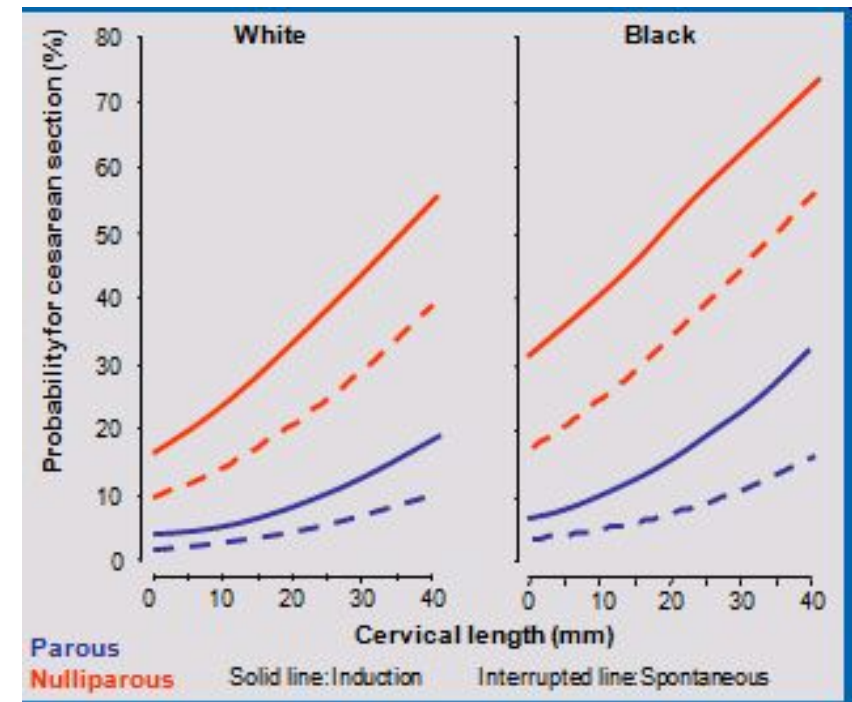
Затримка збуджування до 42 тиж.

Традиційне ведення переношуваної вагітності передбачає викликання пологів протягом 41-го тиж. Інший підхід пропонує ультразвукову оцінку протягом 41-го тиж. з метою виявлення можливих раніше не визначених складнощів, наприклад, сідничного передлежання, при котрому може бути корисним цісарський розтин, або маловоддя та затримки росту плода, при яких невдовзі знадобиться розродження із ретельним інтранатальним моніторингом.

Політика затримки збуджування пологів до 42 тиж. при вагітностях без особливих показань для розродження протягом 41 тиж. суттєво зменшує частоту індукції, оскільки близько 80% жінок матимуть мимовільний початок пологів.

- Частота цісарських розтинів в разі відсутності розвитку пологів або дістресу плода сягає 15% при мимовільному початку пологів проти 35% при викликанні пологів.
- Ймовірність мимовільного початку пологів є вищою у жінок, що народжували, порівняльно до жінок без пологів в анамнезі, обернено пропорційна до материнського індексу маси тіла та довжини шийки.
- Вірогідність народження природним шляхом в разі мимовільного початку пологів вища, ніж при їх викликанні; у жінок, що народжували, вища, ніж у жінок без пологів в анамнезі; у білих вища, ніж у чорношкірих; обернено пропорційна до індексу маси тіла та довжини шийки.

Довжина шийки в 41 тиж.



Rao et al, Ultrasound Obstet Gynecol 2008;32:646.

Обчислювач наслідків

Коли Ви одержите Свідоцтво FMF щодо спроможности оцінки шийки, матимете доступ до цього обчислювача, який дозволить Вам передбачати вірогідність для пацієток в 40-41 тиж. увійти в мимовільні пологи наступними 10 днями та вірогідність закінчення вагітності цісарським розтином.

Подяки

Керівник курсу : Kypros Nicolaides
Упорядник, мультимедіа: Nicola Persico
Дизайн і програмування: Chris Harris

Тлумачи:

Арабська: Abubaker Abdalla Ahmed
Болгарська: Віолета Стефанова Стратієва
Китайська: Yi Zhou
Чеська: Pavel Calda
Голландська: Liesbeth Lewi
Фарсі: Homeira Vafaei
Французька: Jacques Jani
Німецька: Robert Lachmann
Грецька: George Papaioannou
Іврит: Yuval Gielchinsky
Японська: Ryoko Minekawa
Італійська: Nicola Persico
Польська: Rafał Kocylowski
Португальська: Jader de Jesus Cruz
Румунська: Alina Veduta
Російська: Олена Ємельяненко
Іспанська: Nerea Maiz, Francisca Molina
Турецька: Ebru Celik
Українська: Олексій Соловйов, Яна Гончарова
В'єтнамська: Nguyen Ha

Дякую за участь у цьому курсі та сподіваюсь, що Ви знайшли його корисним.

- Якщо хочете надрукувати Свідоцтво про ознайомлення, просимо натиснути тут
- Якщо Ви бажаєте здобути відповідне Свідоцтво спроможности **Оцінки шийки**, будь ласка, здійсніть такі кроки:
 - Підіть на е-сторінку FMF, розділ **Training & Certification - Certificates of competence**, увійдіть під своїми іменем користувача та гаслом і завантажте **2 знімки** із черезпіхвою ехограмою шийки, один з них вкороченої (менше 20 мм) шийки, а другий - звичайної.
 - Здійсніть справжнє дослідження з оцінкою шийки при одному із уповноважених FMF екзаменаторів. Для залагодження такого дослідження Вам потрібно звернутись до FMF - fmcertification@fetalmedicine.com
- Обчислювачи ризику**: коли Ви одержите Свідоцтво спроможности для оцінки шийки, матимете доступ до обчислювачив ризику передчасних пологів і наслідків переношуваних вагітностей. Ви зможете до них потрапляти зі своєї власної FMF сторінки.
- Ми будемо вдячні, якщо Ви зможете оцінити цей курс і висловити свої зауваження, бо це допоможе нам його поліпшувати:

Зміст курсу дуже добре добре середньо незадовільно погано

Подання матеріалу дуже добре добре середньо незадовільно погано

Зауваження

Ваші оцінки та зауваження є анонімними! Якщо Ви бажаєте обговорити будь-які питання щодо змісту чи перекладу, просимо додати свої ім'я та / або е-пошту.