

**METODIKA**  
**PRIEŠLAIKINIS GIMDYMAS**



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS  
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

**METODIKOSDALYS**

- I. Metodikos aprašas
- II. Metodikos procedūrų aprašas
- III. Metodikos įdiegimo aprašas
- IV. Metodikos audito aprašas
- V. Informacija visuomenei

## PARENGĖ

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Barčaitė  
D. Bartkevičienė  
T. Biržietis  
Ž. Bumbulienė  
E. Drejerienė  
D. Kačkauskienė  
D. Laužikienė  
E. Machtejevienė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
G. Mečėjus  
I. Mockutė  
I. Poškienė  
D. Ramašauskaitė  
L. Rovas  
M. Šilkūnas  
G. Valkerienė  
J. Zakarevičienė

## RECENZENTAI

V. Abraitis  
L. Bagušytė  
E. Barčaitė  
A. Bartusevičius  
E. Benušienė  
T. Biržietis  
G. Drąsutienė  
E. Drejerienė  
A. Gaurilčikas  
V. Gintautas  
K. Jarienė  
R. Jonkaitienė  
G. Jurkevičienė  
M. Kliučinskas  
J. Kondrackienė  
M. Minkauskienė  
I. Mockutė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
R. Nadišauskienė  
D. Railaitė  
K. Rimaitis  
D. Simanavičiūtė  
R. Tamelienė  
A. Vitkauskienė  
D. Vėlyvytė  
D. Veličkienė  
D. Vaitkienė

---

2014 m. (2019 m. redakcija)

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių ginekologų draugija  
Lietuvos akušerių sąjunga

2019 metų redakcija

PARENGĖ

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Bartusevičienė  
T. Biržietis  
J. Celiešiūtė  
M. Francaitė-Daugėlienė  
V. Gintautas  
K. Jarienė  
M. Kliučinskas  
D. Laužikienė  
G. Naskauskienė  
E. Machtejevienė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
M. Minkauskienė  
D. Ramašauskaitė  
K. Rimaitis  
M. Šilkūnas  
J. Voločovič  
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Bartusevičienė  
E. Benušienė  
G. Domža  
G. Drąsutienė  
D. Gasiūnaitė  
G. Jurkevičienė  
M. Kliučinskas  
D. Laužikienė  
R. Mameniškienė  
L. Maleckienė  
M. Minkauskienė  
V. Mizarienė  
R. Nadišauskienė  
V. Paliulytė  
D. Ramašauskaitė  
G. Ramonienė  
D. Vaitkienė  
R. Vansevičiūtė – Petkevičienė  
D. Veličkienė  
Ž. Visockienė  
J. Voločovič  
J. Zakarevičienė  
B. Žaliūnas

## TURINYS

I. Metodikos aprašas .....	5
Bendroji dalis .....	7
Priedai .....	17
Literatūros sąrašas .....	21
II. Metodikos procedūrų aprašas .....	24
III. Metodikos įdiegimo aprašas .....	35
IV. Metodikos audito aprašas .....	39
V. Informacija visuomenei .....	45

**METODIKA**  
**PRIEŠLAIKINIS GIMDYMAS**

**I. METODIKOS APRAŠAS**

Ši metodika parengta vadovaujantis Karališkosios Akušerių ir Ginekologų Kolegijos (angl. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG*), Nacionalinio Sveikatos ir Klinikinės Kompetencijos Instituto (angl. *National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*), Amerikos Akušerių ir Ginekologų Draugijos (angl. *American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG*), Vaisiaus – Motinos Medicinos Draugijos (angl. *The Society for Maternal-Fetal Medicine*) rekomendacijomis bei Nacionalinėmis akušerijos ir ginekologijos klinikinės priežiūros gairėmis (*National Clinical Care Guidelines in Obstetrics and Gynaecology, Institute of Obstetricians and Gynaecologists*).

## 1. BENDROJI DALIS

TLK-10AM kodai pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją

O60.1 – priešlaikinis savaiminis gimdymas ir priešlaikinis vaisiaus gimimas

O47.0 – tariamasis gimdymas prieš 37 nėštumo savaites

Sąvokos ir terminai:

<b>Priešlaikinis gimdymas</b>	Tai gimdymas nuo 22 <sup>+0</sup> iki 36 <sup>+6</sup> sav. Jei tikslus nėštumo laikas nežinomas, laikoma, kad gimdymas yra priešlaikinis, jei naujagimis sveria $\geq 500$ g.
<b>Vėlyvas priešlaikinis gimdymas</b>	Tai gimdymas nuo 34 <sup>+0</sup> iki 36 <sup>+6</sup> sav.
<b>Priešlaikinis neišnešiotas vaisiaus dangalų plyšimas</b>	Tai vaisiaus vandenių pūslės plyšimas ir gemalinių vandenių nutekėjimas dar neprasidėjus gimdymo veiklai iki 36 <sup>+6</sup> sav.
<b>Tokoliziniai vaistai</b>	Gimdos susitraukimus slopinantys vaistai.
<b>Tokolizė</b>	Gimdos susitraukimus slopinančių vaistų vartojimas.

## **Santrumpos**

PG – priešlaikinis gimdymas

BGS – B grupės  $\beta$ -hemolizinis streptokokas

AKS – arterinis kraujo spaudimas

KTG – kardiokograma

UG – ultragarsinis tyrimas

CRB – C reaktivusis baltymas

KMI – kūno masės indeksas (svoris (kg) / ūgis (m<sup>2</sup>))

TPV – teigiama prognostinė vertė

NPV – neigiama prognostinė vertė

GK – gimdos kaklelis

i/v – į veną

TV – tarptautiniai vienetai

NST – nestresinis testas

IGFBP-1 – į insuliną panašus augimo faktorių surišantis baltymas-1

CMV – citomegalo virusas

BP – biofizinis profilis

Priešlaikinis gimdymas – tai gimdymas nuo 22<sup>+0</sup> nėštumo savaitės iki 36<sup>+6</sup> nėštumo savaitės. Jei tikslus nėštumo laikas nežinomas, laikoma, kad gimdymas yra priešlaikinis, jei naujagimis sveria  $\geq 500$  g.

PG dažniausia perinatalinio mirštamumo ir sergamumo priežastis Lietuvoje. Neišnešiotų naujagimių mirštamumas yra 20 – 30 kartų didesnis nei išnešiotų naujagimių ir sudaro 80 proc. viso naujagimių mirtingumo. Naujagimių sergamumo ir mirštamumo rizika mažėja, ilgėjant nėštumo laikui. Neišnešioti naujagimiai turi trumpalaikių ir ilgalaikių sveikatos sutrikimo problemų: nuo psichomotorinės raidos sutrikimo iki padidėjusios rizikos sirgti lėtinėmis ligomis suaugus. Dažniausia neišnešioti naujagimio gimimo priežastis yra intrauterinė infekcija (daugiau nei 40 proc. iš visų priežasčių). Lietuvoje prieš laiką gimsta 5–6 procentai naujagimių. Apytiksliai 70 – 80 proc. priešlaikinių gimdymų prasideda savaime. Iš jų 40–50 proc. prasideda savaimine gimdymo veikla, 20 – 30 proc. prasideda dėl priešlaikinio neišnešioti vaisiaus dangalų plyšimo. 60 – 70 proc. iš visų gimusių prieš laiką naujagimių sudaro naujagimiai, gimę tarp 33<sup>+0</sup> ir 36<sup>+6</sup> nėštumo savaitės. 20 – 30 proc. iš šių gimdymų yra sužadintas priešlaikinis gimdymas.

### **Priešlaikinio gimdymo patogenezė**

- Motinos arba vaisiaus pogumburio-hipofizės-antinksčių ašies aktyvacija dėl motinos ligos, depresijos ir (arba) vaisiaus streso.
- Infekcija.
- Decidualinis kraujavimas.
- Patologinis gimdos pertempimas.



## **Priešlaikinio gimdymo rizikos veiksniai**

### **Akušerinės anamnezės veiksniai**

Svarbiausiu PG rizikos veiksniu laikomas neišnešioti naujagimio gimdymas praicityje. Jeigu moteris pirmą kartą gimdė prieš laiką, tai kito nėštumo metu PG tikimybė yra 15 proc., po buvusių dviejų PG tikimybė pagimdyti prieš laiką yra 41 proc.

### **Veiksniai, susiję su motinos sveikata**

- Lytinių takų infekcija.
- Rūkymas.
- Šlapimo takų infekcija.
- Sisteminės ir pavojingos vaisiui infekcinės ligos (gripas, toksoplazmozė, raudonukė, CMV infekcija).
- Periodonto ligos.
- Lyties organų patologija (infantilizmas, gimdos miomos, buvę gimdos kaklelio įplyšimai, gimdos kaklelio konizacija ar nepakankamumas).
- Sunkios motinos ligos (širdies, inkstų, negydytos skydliaukės ligos).
- Motinos traumos ar nudegimai, apsinuodijimas cheminėmis medžiagomis.
- Bet kokios pilvo ertmės atvėrimo operacijos.
- Nuovargis, depresija, stresas (psichologinis arba aplinkos sukeltas stresas dėl darbo ir (ar) gyvenimo sąlygų, smurtas, nepageidaujamas nėštumas).
- Bloga mityba, mažas KMI.

### **Nėštumo patologija**

- Sunki motinos hipertenzinė būklė.
- Daugiavaisis nėštumas.
- Priešlaikinis neišnešioti vaisiaus dangalų plyšimas.
- Chorionamnionitas.
- Poli – ar oligohidramnionas.
- Placentos formavimosi sutrikimai ir placentos nepakankamumas.
- Sunki anemija.

### **Vaisiaus patologija**

- Vaisiaus apsigimimai.
- Vaisiaus augimo sulėtėjimas.

## **1. DIAGNOSTIKA**

### **1.1. Priešlaikinio gimdymo simptomai**

- Maudimas ar skausmas pilvo apačioje ir (arba) kryžkaulio srityje.
- Nereguliarūs gimdos susitraukimai ir objektyviai (ultragarsu ir (arba) kliniškai) nustatyti gimdos kaklelio pokyčiai: trumpėjimas ir atsivėrimas.

- Kraujingos išskyros iš makšties.
- Reguliarūs gimdos susitraukimai ( $\geq 3$  per 30 min.).

## 1.2. Ištyrimas

**1.2.1. Nėščiosios būklės vertinimas:** temperatūra, AKS, pulsas.

**1.2.2. Priešlaikinio gimdymo simptomų vertinimas.**

**1.2.3. Nėštumo laiko nustatymas ir rizikos veiksnių vertinimas:** nėštumo patologija, ekstragenitalinės ligos, buvęs PG ir (arba) vėlyvas savaiminis persileidimas, gimdos kaklelio operacijos.

**1.2.4. Ultragarsinis tyrimas:** vaisių skaičius, padėtis, pirmeigė dalis, numatomas svoris, galima vystymosi patologija, placentos vieta, vaisiaus vandenų kiekis, nėštumo laiko patikslinimas.

**1.2.5. Gimdos kaklelio matavimas ultragarso davikliu pro makštį** (žr. Metodikos procedūrų aprašą). Reikia atkreipti dėmesį į „nuosėdas“ prie gimdos kaklelio vidinių žiočių. Jei kaklelis trumpas ( $<10$  mm) ir yra „nuosėdos“ prie gimdos kaklelio vidinių žiočių, yra didelė chorionamnionito tikimybė.

**1.2.6. Kardiotokograma:** NST vertinamas po 32<sup>+0</sup> nėštumo savaitių, kitu atveju gali būti registruojamas sąrėmiams vertinti.

**1.2.7. Apžiūra makšties skėtikliais atliekama:**

- kai įtariama, kad vaisiaus vandenys teka;
- yra aktyvi gimdymo veikla;
- tęsiasi kraujavimas dėl neaiškios priežasties ir jos ieškoma.

**1.2.8. Gimdos kaklelio tyrimas pro makštį pirštais:** atliekamas tik esant aktyviai gimdymo veiklai ir (arba) apžiūros skėtikliais metu įtarus, kad jis prasivėrė  $>4$  cm.

**1.2.9. Tyrimai, kurie atliekami jei yra didelė PG rizika** (randamas sutrumpėjęs ar prasivėręs GK, ultragarsinio tyrimo metu matomos „nuosėdos“ prie vidinių GK žiočių, išlieka kraujingos išskyros, reguliari gimdymo veikla, progresuojantys GK kitimai, yra PG riziką didinanti akušerinė anamnezė):

- bendrasis kraujo ir šlapimo tyrimas;
- CRB;
- šlapimo pasėlis: jei neatliktas nėštumo pradžioje ar nėščioji sirgo šlapimo takų infekcine liga (imama vidurinė šlapimo dalis, vengti kateterizavimo);
- bakteriologinis pasėlis iš makšties dėl BGS, jei neatliktas 5 savaičių laikotarpiu ir (arba) nežinomas pasėlio rezultatas (žr. Metodiką „BGS ir kita bakterinė prenatalinė infekcija“).
- Fibronektino ar fosforilinto į insuliną panašaus augimo faktorių surišančio baltymo (IGFBP-1) kiekio nustatymas GK gleivėse. Tyrimas, jei yra galimybė, gali būti atliekamas, nustačius šiek tiek sutrumpėjusį GK (20 – 30 mm).

### 1.3. Priešlaikinio gimdymo rizika

#### 1.3.1. Maža PG rizika (visi kriterijai)

- nėra priešlaikinio neišnešioti vaisiaus dangalų plyšimo;
- nėra reguliarios gimdymo veiklos ir gimdos kaklelio ilgis (išmatuotas transvaginaliniu davikliu) iki 27<sup>+6</sup> nėštumo savaitės  $\geq 25$  mm, po 28<sup>+0</sup> nėštumo savaitės  $\geq 20$  mm;
- IGFBP-1 testas ar fibronektino tyrimas neigiamas (NPV 90 proc.) (atliekamas esant galimybei);
- nėra progresuojančių gimdos kaklelio pokyčių (trumpėjimas ir atsivėrimas).

#### 1.3.2. Didelė PG rizika (bent vienas kriterijus)

- priešlaikinis neišnešioti vaisiaus dangalų plyšimas;
- yra priešlaikinio gimdymo simptomų ir GK ilgis (išmatuotas transvaginaliniu davikliu) iki 27<sup>+6</sup> nėštumo savaitės  $< 25$  mm, po 28<sup>+0</sup> nėštumo savaitės  $< 20$  mm;
- yra reguliari gimdymo veikla ir progresuojantys GK pokyčiai (sutrumpėjimas daugiau kaip 80 proc. viso GK ilgio ir(arba) atsivėrimas  $> 3$  cm);
- yra PG simptomų ir buvusi rizikinga būklė (buvęs PG iki 34<sup>+0</sup> nėštumo savaitės);
- IGFBP-1 testas ar fibronektino tyrimas teigiamas.

## 2. GYDYMAS (ŽR. 2 PRIEDĄ)

### 2.1. Klinikinė taktika

Jeigu yra priešlaikinio gimdymo simptomų, 30 – 40 proc. visų atvejų įvyksta priešlaikinis gimdymas, 30 proc. atvejų gimdymo veikla savaime baigiasi, mažiau nei 10 proc. atvejų gimdymas įvyksta per 7 dienas. 60 – 70 proc. moterų, paguldytų į ligoninę dėl priešlaikinio gimdymo simptomų, pagimdo suėjus gimdymo terminui.

Įvertinus objektyvius ir subjektyvius tyrimų duomenis ir nustatčius mažą PG riziką, nėščioji stacionare tik stebima, ribojamas fizinis aktyvumas (*gulimo režimo neskiriama, jis nemažina PG dažnio, bet gali sukelti venų trombozę, obstipaciją, kaulinio audinio retėjimą, didina stresą ir kt.*).

Jei yra didelė PG rizika, skiriamas vaisiaus plaučių brandinimas steroidais ir gimdymo veikla slopinama tokolizininiais preparatais. Ar jų ir steroidų skirti ir (arba) moterį perkelti į aukštesniojo lygio stacionarą, kiekvienu atveju sprendžiama, įvertinus nėštumo laiką, akušerinę anamnezę ir konkrečią klinikinę situaciją.

Antibiotikų skiriama:

- tik nustatčius, kad motina serga infekcine liga (chlamidioze, šlapimo takų ar kt. sisteminė bakterine infekcine liga);
- jei nuteka vaisiaus vandenys (žr. Metodiką „Priešlaikinis neišnešioti vaisiaus dangalų

plyšimas“);

- diagnozuojamas chorionamnionitas (žr. 1 priedą).

*Siekiant pailginti nėštumą ir pagerinti naujagimio būklę, antibiotikų nevertojama, kol vaisiaus vandenys nenutekėję [A].*

## **2.2. Tokolizė**

### **2.2.1. Tokolizės skyrimo principai**

- Tokolizė skiriama tik tais atvejais, kai nėra nėštumo pratęsimo kontraindikacijų.
- Skiriama nuo 22<sup>+0</sup> nėštumo savaitės iki 33<sup>+6</sup> sav. [A].
- Tokolizinių preparatų vartojama trumpai (iki 48 val.), kad būtų galima vartoti vaisiaus plaučiams brandinti steroidų ir (arba) perkelti nėščiąją į aukštesniojo lygio stacionarą. Ar jie pagerina PG baigtį ir (arba) sumažina perinatalinį ir naujagimių mirtingumą bei naujagimių sergamumą, nežinoma [A].
- Palaikomoji tokolizė yra nerekomenduojama [A].
- Kelių skirtingų tokolizinių vaistų vartojimas yra susijęs su dažnesniu šalutiniu poveikiu vaisiui ir motinai, todėl skirtingų tokolizinių preparatų vienu metu reikėtų nevertoti [B].
- Tokolizinių medikamentų negalima vartoti tais atvejais, kai yra nėštumo pratęsimo kontraindikacijų: vaisiaus žūtis, su gyvybe nesuderinama vaisiaus vystymosi patologija ar chromosomų liga, įtariama nestabili vaisiaus būklė, išskyrus sukeltą padidėjusio gimdos aktyvumo, sunki preeklampsija ar eklampsija, nestabili nėščiosios būklė dėl nėštumą komplikuojančios širdies, inkstų ir kt. sistemų ligos, gausus kraujavimas dėl priešlaikinės placentos atšokos ar pirmeigos, chorionamnionitas [A].
- Aiškių įrodymų, kad daugiavaisio nėštumo metu tokolizė pagerintų baigtį, nėra, todėl tokolizinių preparatų daugiavaisio nėštumo metu vartoti nerekomenduojama (sprendžiama atsižvelgus į klinikinę situaciją).

### **2.2.2. Tokoliziniai vaistai**

Pirmiausiai vartotini vaistai – kalcio kanalų blokatoriai (**nifedipinas**) [A].

#### **2.2.2.1. Kalcio kanalų blokatorių (nifedipino) dozavimas:**

- pradinė dozė – 20 mg (sukramtyti);
- jeigu sąrėmiai išlieka po 30 min. duodama sukramtyti dar 20 mg;
- vėliau vartojama po 10 – 20 mg kas 3 val., kol susitraukimai baigiasi ir (arba) nusprendžiama, jog gimdymas progresuoja;
- maksimali dozė – 160 mg per parą, saugiausia dozė yra < 80 mg per parą;
- palaikomoji tokolizė: po 10 – 20 mg kas 6 – 8 val. (rekomenduojama skirti perpus mažesnę paros dozę, nei reikėjo sąrėmiams nutraukti pirmąją parą), tęsiama iki 48 – 72 val.
- vengti prailginto veikimo preparatų: jų tokolitinis efektas netirtas ir yra abejotinas.

### *Kontraindikacijos*

- Kepenų nepakankamumas;
- Didelė hipotenzija (sistolinis AKS < 90 mmHg);
- Dekompensuota širdies liga, aortos angos stenozė, širdies nepakankamumas.

### *Nepageidaujamas poveikis (retas nėščiajai, kurios AKS normalus)*

- Trumpalaikė hipotenzija (gimdos perfuzijos ir vaisiaus oksigenacijos sumažėjimas vaisiui gali sukelti hipoksiją);
- Širdies plakimas, drebulys, karščio pylimas;
- Galvos skausmas ir svaigulys;
- Mieguistumas, silpnumas, nerimas;
- Pykinimas, rėmens graužimas;
- Periferinė edema (vazodilatacija);
- Vidurių užkietėjimas;
- Trumpalaikis kepenų fermentų padidėjimas;
- Retais atvejais – sąmonės, širdies ritmo sutrikimas, hiperglikemija, kardiogeninis šokas, plaučių edema, hiperglikemija.

### *Kiti svarbūs nifedipino vartojimo ypatumai*

- Prieš pradėdant tokolizę, išmatuojamas AKS, pulsas, padaroma tokograma;
- Pirmąją parą pulsas, AKS ir bendroji būklė vertinama bent kas 6 val;
- KTG kartojama tęsiantis sąrėmiams;
- Vėliau stebėjimo intensyvumas priklauso nuo klinikinės būklės;
- Atsargiai vartojamas su antihipertenziniais vaistais ir magnio sulfatu;
- Nifedipino vartojimas nutraukiamas, jeigu sistolinis AKS < 90 mmHg (lašinama kristaloidų) ar atsiranda dusulys.

### **2.2.2.2. Prostaglandinų sintezės inhibitorių (indometacino, diklofenako, ketarolako ir kt.) vartojimas**

- Skiriami tik iki 31<sup>+6</sup> nėštumo savaitės;
- Vartojama trumpai (1 – 3 dienas);
- Dėl trumpo veikimo pusperiodžio indometacinas skiriamas dažnai ir mažomis dozėmis: pradedama nuo 50 – 100 mg geriamosios dozės arba 100 mg į tiesiąją žarną vartojamos dozės (absorbcija panaši), vėliau tęsiama po 25 – 50 mg kas 6 val., ne ilgiau kaip 48 – 72 val.

### *Šalutinis poveikis nėščiajai*

- Pykinimas, rėmens graužimas, opaligės paūmėjimas;
- Astmos paūmėjimas;
- Galvos skausmas, svaigimas, depresija;
- Gausnis pogrindyminis kraujavimas;

- Inkstų ar kepenų funkcijos sutrikimas.

#### Kontraindikacijos

- Inkstų ar kepenų nepakankamumas;
- Aktyvi opaligė;
- Koaguliacijos sutrikimai ar trombocitopenija;
- Nespecifinių vaistų nuo uždegimo sukelta astma ar jautrumas jiems.

#### Šalutinis poveikis vaisiui ir naujagimiui

- Arterinio latako užakimas. Trumpalaikis vaistų poveikis praėina, ilgalaikis – gali sukelti plautinę hipertenziją;
- Laikinas inkstų funkcijos pablogėjimas ir dėl jo atsiradęs oligohidramnionas;
- Hiperbilirubinemija;
- Intraskilvelinės kraujosruvos;
- Nekrotinis enterokolitas.

#### Atsargumo priemonės

- Jeigu prostaglandinų sintezės inhibitorių vartojama ilgiau nei 48 val., reikia atlikti ultragarsinį vaisiaus tyrimą ir nustatyti vaisiaus vandenų kiekį.

### **2.3. Vaisiaus plaučių brandinimo vaistai (steroidai)**

Pavartojus steroidų likus 7 dienoms iki gimdymo, sumažėja naujagimio mirties, kvėpavimo sutrikimų sindromo ir intraskilvelinių kraujosruvų rizika [A]. Praėjus 7 dienoms po vartojimo, steroidų efektas ženkliai mažėja ir pamažu išnyksta, todėl labai svarbu jų skirti tuomet, kai gimdymo grėsmė per artimiausias 7 dienas yra didelė (PG simptomai ir GK trumpėjimas, planuojamas PG dėl motinos ar vaisiaus ligos per 7 dienas, nutekėjo vaisiaus vandenys).

2.3.1. Kai yra didelė PG rizika steroidai skiriami, jei:

- Nėštumas nuo 23<sup>+0</sup> iki 33<sup>+6</sup> sav. [A];

2.3.2. Steroidų skyrimas svarstytinas, kai:

- Gliukokortikoidų skyrimas suėjus 34<sup>+0</sup> sav. yra vertinamas kontraversiškai. Jų paskyrus prieš gimimą, naujagimiui sumažėja gana retų ir dažniausiai nesunkių kvėpavimo nepakankamumo komplikacijų, padidėja hipoglikemijos rizika. Ilgalaikis jų poveikis vėlyvojo neišnešiotumo atvejais menkai tyrinėtas, manoma, gali būti susijęs su endokrininiais, metaboliniais, kardiovaskuliniais, smegenų vystymosi (tuo pačiu – elgesio, mokymosi, pažinimo) sutrikimais vyresniame amžiuje. Suėjus 34<sup>+0</sup> sav. gliukokortikoidų skyrimas svarstytinas individualiai, jų skyrimo nauda gali būti didesnė už riziką, jei gimdymas planuojamas 34<sup>+0</sup> – 36<sup>+6</sup> nėštumo savaitę per cezario pjūvį 7 dienų laikotarpiu.

- Nėštumas nuo 22<sup>+0</sup> iki 22<sup>+6</sup> ir priešlaikinis gimimas artimiausiomis dienomis neišvengiamas. Gali būti skiriami tik Perinataliniuose centruose, jei vaisiaus gimimas 7 dienų laikotarpiu neišvengiamas ir tėvai reikalauja naujagimio gydymo po gimimo, suprasdami, jog toks gydymas didina naujagimio išgyvenimo ir augimo su sunkiu neįgalumu riziką [C].
- Iškilo nauja didelė PG rizika, svarstyti pakartotinas vienos dozės skyrimas (12 mg deksametazono vienkartinė dozė), jei:
  - nėštumas yra mažiau nei 34<sup>+0</sup> sav.
  - ir
  - pirmą kartą jie skirti iki 28<sup>+0</sup> nėštumo savaitių ir praėjo bent 14 dienų.

### 2.3.3. Steroidų vartojimas

- Deksametazono po 6 mg kas 12 val. į raumenis 4 k. (iš viso – 24 mg), maksimalus poveikis – po 48 val. nuo pirmos injekcijos, poveikio ženkliai susilpnėja po 7 d. [A].
- Deksametazono po 12 mg kas 12 val. į raumenis 2 k. gali būti vartojama, jei gimdymo dėl nėščiosios ar vaisiaus būklės atidėti 48 val. negalima ar gimdymo veiklos užslopinti nepavyksta. Poveikis ženkliai susilpnėja po 7 dienų.
- Betametazono po 12 mg kas 24 val. į raumenis 2 k. [A].
- Steroidai naudingi, jei kūdikis gimsta po pirmosios injekcijos praėjus > 24 val. [A]: steroidai sumažina naujagimių mirštamumą, todėl, net jeigu gimimas numatomas greičiau, juos skirti yra būtina [A]. Klinikinis ir laboratorinis efektas vaisiui ir naujagimiui pasireiškia per keletą valandų nuo pirmosios injekcijos.

Steroidų skyrimo pašaliniai efektai (svarbūs vertinant ir sekant motinos ir vaisiaus būklę) :

Motinai:

- tranzitorinė hiperglikemija. Trukmė: 12 val. nuo pirmosios dozės iki 5 dienų po kurso. Šiuo laikotarpiu neatlikti GTM, o sergančiosioms diabetu svarbu papildomai sekti ir koreguoti glikemiją;
- leukocitozė padidėja apie 30 proc. kartu limfocitų kiekio sumažėjimu, tęsiasi iki 3 d.

Vaisiui:

- nereaktyvus NST, sumažėjęs variabiliškumas, sumažėjęs BP (susilpnėję kvėpavimo ir kūno judesiai) gali būti pastebimi iki 2-3 dienų;
- laikinas *a. umbilicalis* nulinės kraujotakos pagerėjimas ar išnykimas (nebūdingas sunkiam VAS).

### Kontraindikacijos

- Absoliučių kontraindikacijų nėra;
- Kadangi imuninės sistemos slopinimas silpnas, todėl įvertinus riziką motinai ir naudą vaisiui skiriama ir sisteminės infekcijos atveju (sepsis, tuberkuliozė, ŽIV, chorionamnionitas);
- Skiriami ir cukrinio diabeto atveju (reikalinga atidi glikemijos kontrolė).

## 2.4. Magnio sulfato vaisiaus smegenų kraujotakos apsaugai vartojimas

### 2.4.1. Indikacijos

24<sup>+0</sup>–31<sup>+6</sup> savaičių nėštumas ir aktyvi gimdymo fazė (>4 cm gimdos kaklelio atsivėrimas ir reguliari gimdymo veikla, bent 4 sūrėmiai per 30 min.) arba planuojamas gimdymas dėl moters ar vaisiaus indikacijų.

#### 2.4.2. Dozavimas

- Pradinė 4 g dozė į veną suleidžiama per 20–30 min.
- Infuzija 1 g/val. tęsiama iki gimdymo pabaigos (apie 4 val.).

#### 2.4.3. Kiti svarbūs skyrimo ypatumai

- Vartojant magnio sulfato, tokolizė neskiriama.
- Jeigu per 24 val. moteris nepagimdė, magnio sulfato infuzija nutraukiama.
- Magnio sulfato vartojančios gimdyvės būklė stebima kaip ir vartojančios magnio sulfato preeklampsijos atveju (žr. Metodiką „Nėštumo sukeltos hipertenzinės būklės (nėščiujų hipertenzija, preeklampsija, eklampsija)“).

### 3. BŪKLĖS EIGOS VERTINIMAS IR GYDYMO TAKTIKA

#### 3.1. Gimdymo užbaigimo būdas (*pirmenybė teikiama gimdymui natūraliu būdu*)

- Iki 23<sup>+6</sup> nėštumo savaitės cezario pjūvio operacija atliekama tik tuo atveju, jei yra indikacijų dėl moters būklės.
- 24<sup>+0</sup> – 25<sup>+6</sup> nėštumo savaitę rekomenduojama gimdyti natūraliu būdu, o cezario pjūvio operacija gelbstint vaisių atliekama išimtiniais atvejais (primygtinis moters reikalavimas, skersinė vaisiaus padėtis, virkštelės iškritimas, labai nepalankūs akušerinės anamnezės veiksniai ir pan.)
- Po 26<sup>+0</sup> nėštumo savaitės cezario pjūvio operacija gelbstint vaisių atliekama pagal bendrąsias indikacijas.
- Jei vaisiaus padėtis yra tikroji sėdmenų pirmeiga ir gimdymo pradžia savaiminė, pirmenybė gali būti teikiama gimdymui natūraliu būdu, ypač jei vaisius giliai neišnešiotas (iki 26<sup>+0</sup>).
- Gimdymo būdas, laikas ir kiti PG priežiūros aspektai gali būti aptariami su nėščiąja ar ir su jos artimaisiais, įvertinama rizika vaisiui ir moteriai ir pasirenkama geriausia taktika.
- Gimus naujagimiui, virkštelę stengiamasi užspausti po 30 – 60 s. ir joje esantį kraują išspausti naujagimiui.
- Po gimdymo nustatomas virkštelės kraujo pH, placenta ir dangalai siunčiami morfologiškai ištirti.

#### 3.2. Priežiūra po neįvykusio priešlaikinio gimdymo (didelės rizikos)

Rekomenduojama:

- išmatuoti GK ultragarsu po savaitės;



- individualiai aptarti ilgesnių kelionių ir lytinių santykių klausimus [2C];
- apriboti fizinį aktyvumą (sportas, intensyvi mankšta) bei palengvinti darbo sąlygas [2C];
- tęsti progesterono vartojimą, jei jis buvo skirtas dėl sutrumpėjusio GK.

Nerekomenduojama (nepagerina rezultato):

- stacionarinis gydymas ir gulimas režimas [2B];
- papildomas skysčių vartojimas;
- palaikomoji terapija tokolizininiais vaistais [1B];
- bet kokios formos magnio preparatų vartojimas (ilgalaikis magnio preparatų vartojimas gali pakenkti vaisiaus kaulų formavimuisi (osteopenija ir (ar) kaulų lūžiai naujagimiams);
- profilaktinis antibiotikų vartojimas [A];
- papildomas vaisiaus būklės tyrimas.

## 4. PROFILAKTIKOS PRIEMONĖS

### 4.1. Vienavaisis nėštumas (žr. 3 priedą)

### 4.2. Daugiavaisis nėštumas

- Profilaktinis progesterono preparatų vartojimas nerekomenduojamas [1B].
- Jeigu gimdos kaklelis trumpas arba yra didelė PG rizika (vienas ar keli nėštumo nutrūkimai nuo 14+0 iki 27+6 nėštumo savaitės) galima skirti progesterono preparatų.
- Trumpo GK apsiuvimas didina PG riziką, todėl nerekomenduojamas [B].

### 4.3. Kitos profilaktikos priemonės:

- jatrogeninio prieššlaikinio gimdymo vengimas;
- besimptomės bakteriurijos diagnostika ir gydymas [A];
- rūkymo metimas;
- daugiavaisio nėštumo skaičiaus mažinimas;
- darbo „nuovargio“ mažinimas;
- normali mityba pastojimo laikotarpiu;
- tarpų tarp pastojimų ilginimas (rekomenduojama bent 6 mėn.);
- vengti gimdos kaklelio operacijos dėl CIN 1.

## 2. PRIEDAI

1 priedas. Chorionamnionito diagnostika ir gydymas, jei vaisius neišnešiotas

2 priedas. Gresiančio prieššlaikinio gimdymo priežiūros ir gydymo algoritmas

3 priedas. Priešlaikinio gimdymo profilaktika

*1 priedas. Chorionamnionito diagnostika ir gydymas, jei vaisius neišnešiotas*

**1. Diagnozė.** Karščiavimas ( $\geq 38$  °C) ir 2 iš žemiau išvardytų požymių ir nėra kitos juos sukėlusios sisteminės ligos ir (ar) priežasties.

- Moters tachikardija ( $>100$  k./min.).
- Vaisiaus tachikardija ( $>160$  k./min.).
- Nemalonaus kvapo pūlingos išskyros arba vaisiaus vandenys.
- Gimdos jautrumas (skausmingumas).
- Leukocitozė ( $>15 \times 10^9/l$ ).
- CRB  $>40$ mg/l.

*Reikia nepamiršti, kad po steroidų vartojimo gali pasireikšti iki 3parų trunkanti leukocitozė su limfocitų kiekio sumažėjimu.*

## **2. Tyrimai**

- CRB.
- Klinikinis kraujo tyrimas.
- Kraujo pasėlis karščiavimo metu.
- Šlapimo, vaisiaus vandenų ir makšties išskyrų pasėliai.

## **3. Gydymas**

3.1. Antibiotikų injekuojama į veną iki gimdymo pabaigos ir viena papildoma dozė po gimdymo (*jei tęsiasi karščiavimas po gimdymo – gydymas nenutraukiamas*) [2B].

- 2 g ampicilino į veną kas 6 val.
- 5 mg/kg kūno svorio gentamicino per parą.
- 500 mg metronidazolio 2 – 3 kartus per parą.

*Galimas cefuroksimo (1,5 g į veną 2 kartus per parą) ir metronidazolio derinys.*

3.2. Paracetamolio vartojimo priežastys:

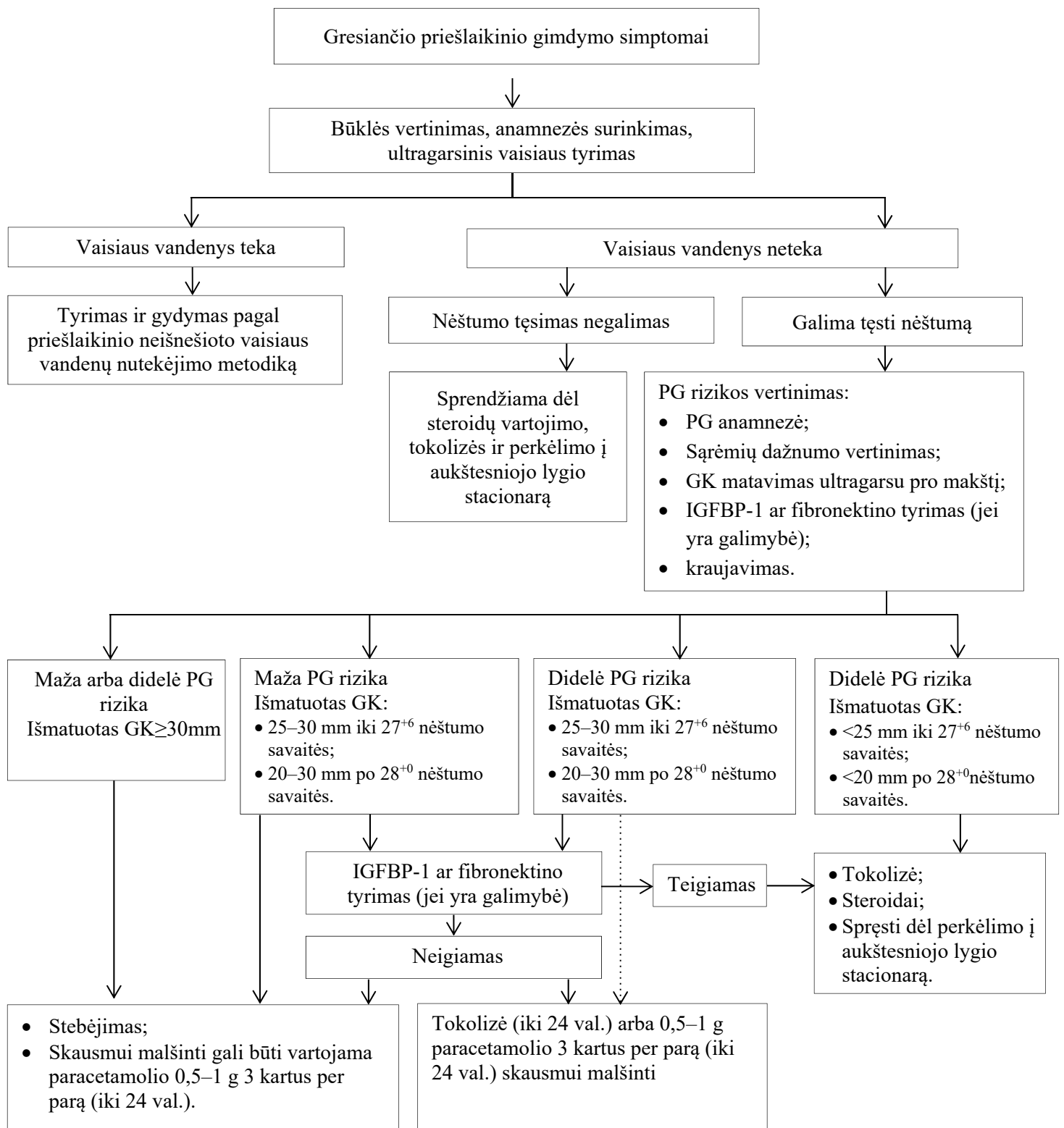
- gimdymo metu infekcijos sukelta temperatūra ( $>37,8$  °C) ir vaisiaus hipoksija cerebrinio paralyžiaus riziką didina 80 kartų;
- vaisiaus temperatūra 1 – 1,5 °C didesnė už vidinę motinos kūno temperatūrą.

3.3. Kristaloidų infuzija.

## **4. Pastabos**

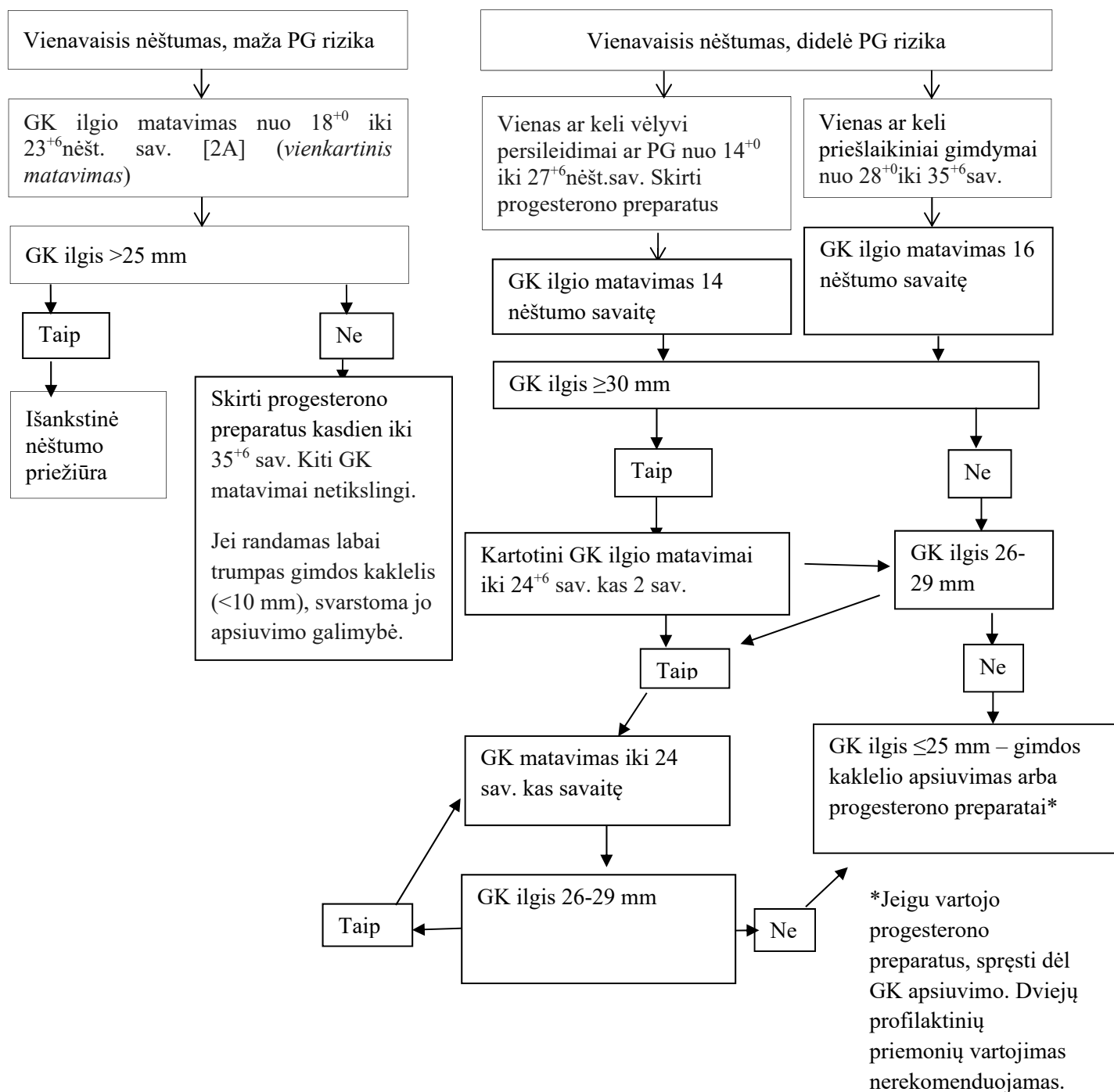
- Gimdymą reikia sužadinti skubiai, *jis neatidėliojamas net pradėjus vaisiaus plaučių brandinimą steroidais.*
- Tokolizė neatliekama.
- Cezario pjūvio operacija atliekamas pagal įprastines indikacijas [2C].
- Kraujo tyrimo iš vaisiaus pirmeigės dalies neatliekama.
- Gydymas tęsiamas iki 24 val. klinikiniais simptomams išnykus.
- Jeigu pradėta gydyti penicilinu dėl BGS, vietoj jo reikėtų vartoti ampicilino ir gentamicino.

2 priedas. Gresiančio prieššlaikinio gimdymo priežiūros ir gydymo algoritmas



Visais atvejais, kai gimdos kaklelis yra <15 mm ir IGFBP-1 teigiamas, reikia atlikti tokolizę ir pradėti vaisiaus plaučių brandinimą steroidais.

### 3 priedas. Priešlaikinio gimdymo profilaktika



x Vienavasis nėštumas ir maža PG rizika. Visuotinis patikrinimas nerekomenduojamas, bet esant galimybei galima išmatuoti GK ilgį ultragarsu. Rekomenduojamos profilaktikos priemonės taikomos ir „atsitiktinio radinio“ atveju.

x Jeigu įtariama, kad yra GK nepakankamumas, progesterono preparatų (gelio ar kapsulių į makštį) paros dozė yra vienodai efektyvi (90, 100, 200 mg) [A].

x Nėščiosioms, kurios gimdė prieš laiką, progesteronas ir GK sutvirtinimas nesumažina PG rizikos dvigubai, todėl reikėtų rinktis vieną priemonę [B].

x Prieš skiriant progesterono preparatų, reikėtų situaciją aptarti su nėščiaja.

x Progesterono preparatai: tai progesterono gelis ar kapsulės į makštį. Geriamieji sintetiniai ar natūralūs progesterono preparatai ar progestinai PG profilaktikai ir gydymui yra netaikomi.

### 3. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Antibiotics for Preterm Labor. Committee Opinion, Number 445. *Obstetrics&Gynecology*; 2009 Nov; 114(5): 1159-1163.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. *Obstetrics&Gynecology*; 2016; 128(4): 931–933.
3. American College of Obstetricians and Gynecologist. ACOG Practice Bulletin No. 120: Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. *Obstetrics&Gynecology*; 2011 Jun; 117(6):1472-83.
4. Biswas A. et al. Caesarean section for preterm birth and breech presentation and twin pregnancies. *Best Practice&Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2012.
5. Berger T.M., Bernet V., ElAlama S. et al. Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 revision of the Swiss recommendations. *SwissMedWkly*. 2011 Oct 18;141:w13280. Review.
6. Di Renzo G.C., Roura L.C., Facchinetti F. European Association of Perinatal Medicine – study group on „Preterm Birth“ et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 May; 24(5): 659–667.
7. Fishmana S.G., Gelberb S.E. Evidence for the clinical management of chorioamnionitis. *Seminars in Fetal&Neonatal Medicine* 17 (2012).
8. Gyamfi-Bannerman C. Obstetric decision – making and the late and moderately preterm infant. *Seminars in Fetal&Neonatal Medicine* 17 (2012).
9. Lumbiganon P. Magnesium sulfate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus: The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
10. Koucký M., Germanová A., Hájek Z., Pařízek A. Prenatal and Perinatal Management of Preterm Labour. *Prague Medical Report*, Vol. 110 (2009) No. 4, p. 269–277.
11. Mozurkewich E, Chilimigras J, Koepke E, Keeton K, King V. Indications for induction of labour: a best-evidence review. *BJOG* 2009; 116:626–636.
12. Magee L, Sawchuck D, Synnes A, von Dadelszen P. Magnesium sulphate for fetal neuroprotection. *J Obstet Gynaecol Can* 2011 May; 33(5):516-29.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section. NICE Clinical Guideline No. 132. London: NICE; 2011.
14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Prevention of Early –onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. RCOG Green-top Guideline No. 2nd edition, July

- 2012.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2010 Oct. 13 p. (Green-top Guideline; no. 7).
  16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Tocolysis for women in preterm labour. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011 Feb. 13 p. (Green-top guideline; no. 1b).
  17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preterm Labour, Tocolytic Drugs (Green-top guideline 1B) RCOG, 27 July 2011.
  18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preterm Labour, Antibiotics and Cerebral Palsy (Scientific Impact Paper 33). RCOG, February 2013.
  19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Magnesium Sulphate to Prevent Cerebral Palsy following Preterm Birth (Scientific Impact Paper 29). RCOG, August 2011.
  20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Nifedipine for tocolysis (query bank). RCOG, 2016.
  21. SOGC Clinical Practice Guideline. Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in Singleton Pregnancies. JOGC, May 2011.
  22. Subramaniam A., Abramovici A., Andrews W.W., Tita A.T. Antimicrobials for Preterm Birth Prevention: An Overview. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, Volume 2012, Article ID 157159.
  23. Tita AT, Andrews WW. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis. *Clin Perinatol* 2010;37:339–54.
  24. Verani JR, Mc Gee L, Schrag SJ. Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease – revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2010 Nov 19;59(RR-10):1-36.
  25. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol* 2012; 120:964
  26. Khanprakob T, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Sangkomkarn US. Cyclo-oxygenase (COX) inhibitors for preventing preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD007748
  27. Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 38:18.
  28. Cervical cerclage. RCOG green-top guideline N.60, May 2011.
  29. Magann E.F, Haram K, Ounpraseuth S, Mortensen J.H, Spencer HJ, Morrison JC. Use of antenatal corticosteroids in special circumstances: a comprehensive review. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.*, 2017, 96, 4, 395-409, Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, United States.
  30. Saccone G, Berghella V. Antenatal corticosteroids for maturity of term or near term fetuses: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The BMJ*. 2016;355:i5044.

31. Adams TM, Kinzler WL, Chavez MR, Vintzileos AM. The timing of administration of antenatal corticosteroids in women with indicated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:645.e1–4.
32. Melamed N, Shah J, Soraisham A, Yoon EW, Lee SK, Shah PS, Murphy KE. Association Between Antenatal Corticosteroid Administration-to-Birth Interval and Outcomes of Preterm Neonates. *Obstet Gynecol*. 2015 Jun;125(6):1377-84.
33. Lau HCQ, Tung JSZ, Wong TTC, Tan PL, Tagore S. Timing of antenatal steroids and its effects on neonates, *Arch Gynecol Obstet* 2017 296(6):1091-1096.

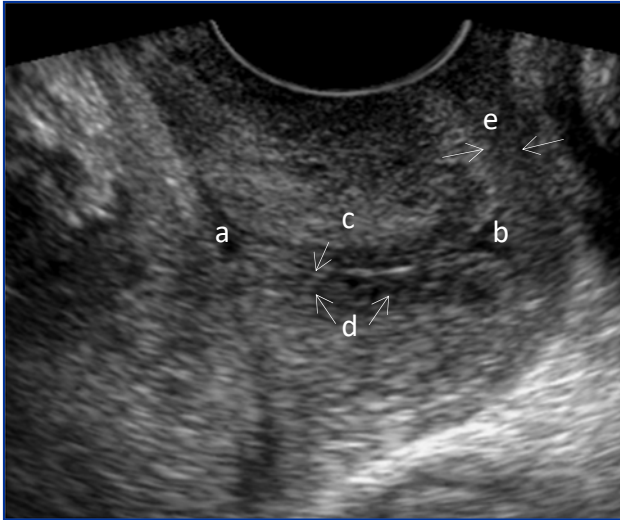
**METODIKA**  
**PRIEŠLAIKINIS GIMDYMAS**

**II. METODIKOS PROCEDŪRŲ APRAŠAS**

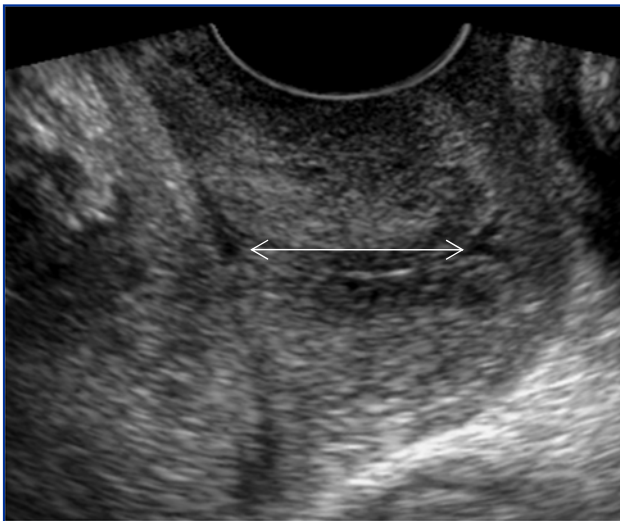


## Klinikinė gimdos kaklelio tyrimo ultragarsu reikšmė

- Kuo trumpesnis gimdos kaklelis, tuo didesnė prieššlaikinio gimdymo rizika.
- Trumpas gimdos kaklelis geriausiai atspindi prieššlaikinio gimdymo tikimybę per artimiausias 8 savaites.



1 pav. Gimdos kaklelis: a) vidinės žiotys; b) išorinės žiotys; c) kaklelio kanalas; d) gimdos kaklelio kanalo gleivinė; e) makšties sienelė.





2 pav. Funkcionuojantis gimdos kaklelio ilgis (rodyklė): atstumas nuo vidinių iki išorinių gimdos kaklelio žiočių.

## **Procedūros „Gimdos kaklelio apsiuvimo operacijos“ aprašymas**

### **Procedūros aprašas skirtas akušeriams–ginekologams.**

#### **1. Gimdos kaklelio apsiuvimo indikacijos.**

1.1. Gimdos kaklelio apsiuvimas, jei akušerinė anamnezė nepalanki.

Gimdos kaklelio apsiuvimas atliekamas kaip profilaktikos priemonė 12 – 14 nėštumo savaitę, jeigu simptomų nėra, buvo 3 ir daugiau persileidimų ir (arba) priešlaikinio gimdymo atvejų 4 – 6 nėštumo mėnesį [B].

1.2. Gimdos kaklelio apsiuvimas, ultragarsu nustatius, kad gimdos kaklelis per trumpas.

Gimdos kaklelį apsiūti rekomenduojama moterims, kurių gimdos kaklelio ilgis <25 mm, matuojant ultragarsiniu transvaginaliniu davikliu 14 – 24 nėštumo savaitę, jeigu buvo 1 ar daugiau persileidimų 4 – 6 nėštumo mėnesį ir (ar) priešlaikinio gimdymo atvejų [A].

#### **2. Gimdos kaklelio apsiuvimas nerekomenduojamas toliau išvardytais atvejais.**

2.1. Gimdos kaklelio apsiuvimas, ultragarsu nustatius, kad gimdos kaklelis per trumpas.

- Operacija nerekomenduojama, jeigu nėra buvę persileidimų ir (arba) priešlaikinio gimdymo atvejų 4 – 6 nėštumo mėnesį, o sutrumpėjęs gimdos kaklelis – atsitiktinis atvejis [B].
- Jeigu vidinės gimdos kaklelio žiotys praviros, bet GK ilgesnis negu 25 mm, apsiūti nepatariama [C].

## 2.2. Daugiavaisis nėštumas.

- Gimdos kaklelį apsiūti nerekomenduojama, jei yra daugiavaisis nėštumas [B], nes gali padidėti priešlaikinio gimdymo rizika.

## 2.3. Gimdos kaklelio patologija.

- Gimdos kaklelį apsiūti nerekomenduojama, jei yra gimdos kaklelio struktūros patologija, po gimdos kaklelio operacijų (pvz., konizacijos) arba daugkartinės gimdos kaklelio dilatacijos [B].
- Sprendimas dėl GK apsiuvimo po radikalios trachelektomijos priimamas atsižvelgus į moters būklę.

## 2.4. Skubus gimdos kaklelio apsiuvimas.

- Sprendimas dėl skubaus gimdos kaklelio apsiuvimo, kai vaisiaus vandenų pūslė lenda į makštį, turi būti priimtas, atsižvelgiant į nėštumo laiką, nes apsiuvus gimdos kaklelį priešlaikinio gimdymo ir naujagimių sergamumo ir mirtingumo rizika išlieka labai didelė [D].
- Skubus gimdos kaklelio apsiuvimas gali pailginti nėštumą iki 5 savaičių, palyginti su tuo atveju, jeigu laikomasi lovos režimo. Ši procedūra du kartus sumažina priešlaikinio gimdymo iki 34 savaičių skaičių, tačiau trūksta duomenų, patvirtinančių geresnę naujagimių būklę, mažėjantį sergamumą ir mirtingumą [B].
- Jeigu gimdos kaklelis išsiplėtęs daugiau kaip 4 cm arba vaisiaus vandenų pūslė įlindusi į makštį, labai tikėtina, kad procedūra nebus sėkminga [D].
- GK apsiuvimas gali būti siūlomas, radus ultragarsu pro makštį GK trumpesnę nei 1 cm iki 24 nėštumo savaičių.

## 3. Gimdos kaklelio apsiuvimo kontraindikacijos.

- Aktyvus priešlaikinis gimdymas.
- Chorionamnionitas.
- Besitęsiantis kraujavimas iš genitalijų.
- Priešlaikinis vaisiaus vandenų pūslės plyšimas.
- Vaisiaus hipoksijos požymiai.
- Nustatyta vaisiaus vystymosi patologija, nesuderinama su gyvybe.
- Vaisiaus žūtis.
- Vėlesnis nei 23<sup>+6</sup> savaičių nėštumas.

## 4. Procedūrai atlikti reikia: dviejų žmonių komandos.

Priemonės: adatkotis, makštiniai skėtikliai, netirpstantis siūlas, Forster gimdos kaklelio laikiklis (arba lygiavertis), tiesus, lygus darbinis paviršius su fiksacijos priemonėmis, pincetas, žirkklės.

## **5. Gimdos kaklelio apsiuvimas atliekamas IIB ir III lygio stacionare.**

### **6. Pacientės parengimas operacijai.**

6.1. Prieš gimdos kaklelio apsiuvimą turi būti atliekamas ultragarsinis vaisiaus gyvybingumo, įgimtos vaisiaus vystymosi patologijos ir chromosominių žymenų nustatymo tyrimas (skubaus apsiuvimo atveju neprivalomas).

6.2. BKT ir CRB.

6.3. Apžiūra makšties skėtikliais: paneigti vaisiaus vandenų tekėjimą ir įvertinti GK pokyčius prieš operaciją.

6.4. Tyrimai dėl lytiniu keliu plintančios infekcijos ar infekcinių ligų (pvz., chlamidijų, gonorėjos) atliekami rizikos grupės nėščiosioms.

6.5. Prieš operacinės tokolizės nauda neįrodyta [D].

6.6. Ar antibiotiką profilaktikai prieš procedūrą vartoti reikia, sprendžia operuojantys gydytojai. Rekomenduojama *cefazolino* 2 g į veną vienkartinai prieš procedūrą ar pratęsiant parą laiko.

6.7. Gimdos kaklelio apsiuvimą galima saugiai atlikti dienos stacionare [C].

### **7. Gimdos kaklelio apsiuvimo metodai.**

7.1. Transvaginalinis gimdos kaklelio apsiuvimas (*McDonald*)

- Transvaginalinė raukštinė siūlė susiuvama cervikovaginalinėje jungtyje neatskyrus šlapimo pūslės..

7.2. Aukštas transvaginalinis gimdos kaklelio apsiuvimas (*Shirodkar*)

- Transvaginalinė raukštinė siūlė siuvama atskiriant šlapimo pūslę, susiuvant siūlę virš kardinalinių raiščių.
- Ištraukiant siūlus, reikia sukelti bendrąją nejautrą.

7.3. Transabdominalinis gimdos kaklelio apsiuvimas.

- Laparotomijos arba laparoskopijos metu susiuvama siūlė sąsmaukinėje gimdos kaklelio jungtyje.
- Transabdominalinis apsiuvimas naudojamas, kai nepavyksta sutvirtinti apsiuvimu per makštį, tačiau ši procedūra susijusi su padidėjusia moterų sergamumo rizika [D].
- Ar laparoskopinis gimdos kaklelio apsiuvimas yra pranašesnis už laparotominį, nežinoma [D].

7.4. Okliuzinis gimdos kaklelio apsiuvimas.

- Išorinių žiočių „uždarymas“ ištisine netirpia siūle padeda išlaikyti gimdos kaklelio gleivių kamštį.

Operuojantys gydytojai nusprendžia, kokią apsiuvimo techniką pasirinkti [D]. Dažniausiai pasirenkama *McDonald* arba *Shirodkar* metodika. Tyrimų, įrodančių kurios nors vienos metodikos pranašumą, neatlikta.

Kad dviguba raukštinė siūlė būtų pranašesnė už viengubą, neįrodyta [C].

## 8. Laikotarpis po operacijos.

- Jeigu gimdos kaklelio apsiuvimo indikacija yra per trumpas gimdos kaklelis ir ši indikacija nustatyta ultragarsiniu tyrimu arba jeigu atliekama skubi procedūra, yra didesnė komplikacijų rizika (priešlaikinio vaisiaus vandenų nutekėjimo, prieššlaikinio gimdymo, persileidimo arba infekcijos) rizika, todėl moterį stebėti stacionare reikėtų bent 24 valandas, o po laparotomijos – ne mažiau kaip 48 valandas.
- Po procedūros galima skirti tokolizę indometacinu 48 val. (pradedant 50 mg, vėliau tęsti po 25 mg kas 6 val.).
- Dažnas GK matavimas transvaginaliniu ultragarsiniu davikliu po apsiuvimo nerekomenduojamas [D].
- Progesterono preparatų po gimdos kaklelio apsiuvimo operacijos vartoti nepatariama.
- Kartotinis gimdos kaklelio apsiuvimas, jei gimdos kaklelis po pirminio apsiuvimo sutrumpėjęs, sukelia didesnę persileidimo ir prieššlaikinio gimdymo tikimybę negu laukiant [D].
- Po procedūros vaisiaus fibronektino testas nerekomenduojamas [C].
- Gulimas režimas po procedūros gali būti ir nereikalingas, tačiau sprendimas turi būti priimamas atsižvelgiant į būklę.
- Susilaikymas nuo lytinių santykių taip pat neturėtų būti privalomas.
- Transvaginalinę siūlę reikėtų pašalinti prieš gimdymą. Jeigu bus atliekama planinė cezario pjūvio operacija, siūlės pašalinimas gali būti atidėtas iki operacijos.
- Prasidėjus PG siūlę būtina pašalinti, taip sumažinant galimą GK traumą.
- Jeigu atliktas transabdominalinis gimdos kaklelio apsiuvimas, atliekama cezario pjūvio operacija, o siūlė gali būti paliekama, jei planuojamas kitas nėštumas.
- Gimdos kaklelio siūlė pašalinama pasireiškus chorionamnionitui.

Prieš laiką nutekėjus vaisiaus vandenims:

- 24<sup>+0</sup> – 34<sup>+6</sup> savaitę, jei nėra infekcijos, ar PG požymių reiškinių, siūlės pašalinimas gali būti atidėtas iki 48 val., kol brandinami vaisiaus plaučiai ir (ar) nėsčioji perkeliama į tretinio lygio ligoninę [D];
- pavėluotas siūlės pašalinimas, laukiant savaiminio gimdymo pradžios, nerekomenduojamas, nes didina moters ir vaisiaus sepsio riziką [C];
- iki 24<sup>+0</sup> nėštumo savaitės ir po 35<sup>+0</sup> savaitės siūlės pašalinimas neturėtų būti atidėtas iki 48 val., nes galima nauda yra labai maža, o motinos ir naujagimio sepsio rizika didelė.

## **9. Priedai**

1 priedas. Paciento pasirašytino sutikimo forma

2 Priedas. Informacinis lapelis pacientui „Gimdos kaklelio apsiuvimas“

3 Priedas. Informacinis lapelis pacientui „Gimdos kaklelio matavimas ultragarsu pro makštį“

Prieduose pateikiami aprašai, kontroliniai lapai ar pacientės informuoti sutikimai yra rekomendacinio pobūdžio. Kiekviena ASPĮ turi teisę savarankiškai pasirinkti, kuriuos dokumentus ar pagal juos paruoštas formas naudoti.

**1 priedas. Paciento pasirašytino sutikimo forma**

**Paciento pasirašytino sutikimo forma**

**PACIENTĖS SUTIKIMAS GIMDOS KAKLELIO APSIUVIMO OPERACIJAI**

---

(Ligoninės, skyriaus pavadinimas)

---

(Gydytojo, atliksiančio operaciją, vardas, pavardė)

---

(Pacientės vardas ir pavardė)

1. Gimdos kaklelio sutvirtinimo operacija – tai gimdos kaklelio sutvirtinimas operaciniu būdu nėštumo pradžioje, siekiant išvengti vėlyvo persileidimo ar prieššlaikinio gimdymo.

2. Trumpas gimdos kaklelio sutvirtinimo aprašymas.

Pradėjus veikti anestezijai, bus nuvalyti išoriniai lyties organai. Makšties skėtiklių pagalba bus prieita iki Jūsų gimdos kaklelio. Gimdos kaklelis bus nuvalytas, suimtas gimdos kaklelio fiksatoriumi. Gimdos kaklelis bus apsiūtas vienguba arba dviguba siūle.

3. Galimos ir svarbios pacientės apsisprendimui dėl sutikimo gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijai komplikacijos.

- Procedūra susijusi su moters karščiavimu, kuris dažniausiai nesusijęs su infekcija, rizika.
- Gimdos kaklelio apsiuvimas nesusijęs su padidėjusia gimdymo veiklos ar cezario pjūvio operacijos rizika.
- Apsiuvant gimdos kaklelį, retais atvejais galimas šlapimo pūslės, gimdos kaklelio, vaisiaus dangalų pažeidimas ir kraujavimas.
- Apsiuvimas gali būti susijęs su gimdos kaklelio įplyšimu ar kitokiu pažeidimu, jeigu staiga prasidėtų gimdymas, o siūlas būtų nepašalintas.
- Galimos šiai konkrečiai moteriai, įvertinus jos būklę:

.....  
.....  
.....

4. Papildomos procedūros, kurių gali prireikti atliekant gimdos kaklelio sutvirtinimą šiai moteriai:

- kraujo ir jo komponentų perpylimas;
- kitos procedūros (nurodyti): gimdos pašalinimas, pažeistų organų (šlapimo pūslės, žarnų, kraujagyslių) susiuvimas,

.....

5. Kitos aplinkybės, svarbios pacientės apsisprendimui:

.....  
.....

6. Anestezija – dažniausiai intraveniniu būdu sukeliama bendroji nejautra, bet galimos ir kitokios nejautos rūšys.

## 7. PACIENTĖS PATVIRTINIMAS

- Aš, pasirašydama šį dokumentą, patvirtinu, kad gydytojas man suprantamai paaiškino apie mano ir vaisiaus būklę, numatomos atlikti gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijos priežastį, esmę, žinomas ir galimas komplikacijas bei kitas svarbias aplinkybes, kurios galėjo turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijos, taip pat galimas pasekmes, jei operacija nebūtų atlikta.
- Aš, pasirašydama šį dokumentą, sutinku ir prašau, kad aukščiau nurodytą operaciją atliktų šios ligoninės gydytojai. Aš žinau, kad gydytojas gali pasikviesti kitų gydytojų asistuoti jam, dalyvauti operacijoje ar atlikti dalį jos.
- Aš suprantu, kad operacijos metu gali būti vartojama skausmą malšinančių medikamentų, kurie gali sukelti mieguistumą ar laikiną kūno dalies aptirpimą.
- Man suprantamai paaiškintos operacijos komplikacijos. Aš žinau, kad atsiradus komplikacijų man bus suteikta kvalifikuota pagalba.
- Aš žinau, kad medicinos mokslas nėra tikslus ir daugelį dalykų sunku numatyti.
- Aš žinau, kad gydytis ligoninėje gali tekti ilgiau, negu buvo numatyta, o gijimas ir nedarbingumas gali tęstis ilgiau, negu tikėtasi.
- Aš žinau, kad turiu pasakyti gydytojams apie visus praeityje buvusius sveikatos sutrikimus, persirgtas ligas, atliktas operacijas, vartotus ir vartojamus vaistus, narkotines medžiagas, alergines reakcijas, genetinį paveldimumą ir kitus man žinomus duomenis, reikalingus tinkamai suteikti sveikatos priežiūros paslaugas. Esu informuota apie pareigą bendradarbiauti su gydytoju, vykdyti jo nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų.
- Aš perskaičiau (ar man buvo perskaitytas) šį sutikimo gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijai tekstą. Aš supratau gydytojo paaiškinimus žodžiu bei šį tekstą ir sutinku, kad man būtų atlikta gimdos kaklelio sutvirtinimo operacija.

**Pacientės (jos atstovo) vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas**

---

**Pacientės (jos atstovo)**

**parašas** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Laikas** \_\_\_\_\_

## 8. GYDYTOJO PATVIRTINIMAS

Aš patvirtinu, kad išsamiai aptariau ir įvertinau su paciete (jos atstovu) gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijos naudą ir riziką, pacietei (jos atstovui) suteikiau pakankamai informacijos, kad apsispręstų dėl siūlomos gimdos kaklelio sutvirtinimo operacijos.

**Gydytojo vardas, pavardė, parašas**

---

**Supažindinimo data** \_\_\_\_\_ **Laikas** \_\_\_\_\_



## **2 Priedas. Informacinis lapelis pacientui „Gimdos kaklelio apsiuvimas“**

**Gimdos kaklelio apsiuvimas** – tai gimdos kaklelio sutvirtinimas operaciniu būdu nėštumo pradžioje, siekiant išvengti vėlyvo persileidimo ar prieššlaikinio gimdymo.

**Operacijos tikslas** – gimdos kaklelio sutvirtinimas, siekiant išvengti persileidimo ar prieššlaikinio gimdymo.

**Operacija atliekama** sukėlus bendrąją nejautrą intraveniniu būdu.

**Papildomai gali būti vartojama medikamentų**, didinančių operacijos saugumą ir gydančių kitą ligą: gimdos susitraukimus slopinančių vaistų, antibiotikų, hormonų, medikamentų nuo skausmo ir kt.

Dažniausiai gimdos kaklelio apsiuvimo operacija yra saugi procedūra, tačiau retai gali atsirasti komplikacijų operacijos metu ir po jos. Komplikacijų dažnis gali siekti nuo 1 iki 9 proc. ir priklauso nuo esamų gimdos kaklelio pokyčių, kitų ligų bei kitų individualių veiksnių. Operacijos metu naudojamos medžiagos ir vaistai vaisiui, nekenkia.

### **Kokios galimos šios procedūros komplikacijos?**

- Procedūra susijusi su moters karščiavimo rizika, bet nėra aiškios chorionamnionito padidėjimo rizikos.
- Skubus gimdos kaklelio apsiuvimas yra susijęs su padidėjusiu prieššlaikiniu vaisiaus vandenių pūslės plyšimu.
- Gimdos kaklelio apsiuvimas nėra susijęs su gimdymo veiklos ar cezario pjūvio operacijos rizika .
- Procedūra susijusi su padidėjusia prieššlaikinio gimdymo ar vėlyvo persileidimo rizika.
- Gimdos kaklelio apsiuvimas susijęs su nedidele šlapimo pūslės, gimdos kaklelio pažeidimo ir kraujavimo rizika.
- Apsiuvimas gali būti susijęs su gimdos kaklelio įplyšimu, jeigu staiga prasidėtų gimdymas, o siūlas būtų nepašalintas.

Siūlas pašalinamas prieš gimdymą. Procedūra neskausminga.

### **3 Priedas. Informacinis lapelis pacientui „Gimdos kaklelio matavimas ultragarsu pro makštį“**

#### **Kodėl atliekamas ultragarsinis gimdos kaklelio matavimas pro makštį?**

Gimdos kaklelio pokyčiai (atsivėrimas ir sutrumpėjimas) yra pagrindiniai ir objektyvūs gresiančio priešlaikinio gimdymo simptomai. Iš gimdos kaklelio pokyčių galima spėti, ar priešlaikinis gimdymas progresuoja ir kiek priešlaikinio gimdymo simptomai yra pavojingi. Gimdos kaklelio matavimas ultragarsu pro makštį yra atliekamas, kai gydytojas nori tiksliai ir objektyviai nustatyti gimdos kaklelio pokyčius atsiradus priešlaikinio gimdymo simptomų, norint numatyti profilaktikos priemones nėščiajai, kuri jau buvo gimdžiusi prieš laiką, arba skirti gydymą, kad neprasidėtų priešlaikinis gimdymas.

#### **Kokia šio tyrimo nauda?**

Įvertinęs gimdos kaklelio pokyčius, išmatavęs gimdos kaklelio ilgį, gydytojas galės atsakyti į klausimą ar šie priešlaikinio gimdymo simptomai, dėl kurių nėščioji kreipėsi, yra pavojingi ir ar reikia gydymo medikamentais.

Įvertinus gimdos kaklelio pokyčius, išmatavęs gimdos kaklelio ilgį, gydytojas galės numatyti, kokių profilaktikos priemonių būtų galima skirti, kad sumažėtų priešlaikinio gimdymo rizika.

#### **Ar šis tyrimas pavojingas?**

Gimdos kaklelio matavimas ultragarsu pro makštį yra nepavojingas tiek nėščiajai, tiek vaisiui, jis yra objektyvus ir nesukelia infekcijos pavojaus.

#### **Kuo šis metodas geresnis už tyrimą pro makštį pirštais?**

Gimdos kaklelio matavimas ultragarsu pro makštį yra daug informatyvesnis ir objektyvesnis metodas, padedantis įvertinti gimdos kaklelio pokyčius, nei tyrimas pro makštį pirštais. Tyrimas pro makštį pirštais yra subjektyvus tyrimas, jo metu negalima tiksliai nustatyti gimdos kaklelio ilgio ir šis tyrimas kelia tam tikrą infekcijos atsiradimo pavojų.

**METODIKA**  
**PRIEŠLAIKINIS GIMDYMAS**

**III. METODIKOS ĮDIEGIMO APRAŠAS**

## **1. Būtinios priemonės metodikos įdiegimui**

Žmogiškieji resursai ir priešlaikinių gimdymų vieta stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose akušerijos ir neonatologijos paslaugas (žr. LR SAM 2013-09-23 d. įsakymas Nr. V-900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 27 d. įsakymo Nr. V-865 redakcija)).

1.1. Tretinio lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose:

1.1.1. Visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip 2 gydytojų akušerių ginekologų, 2 gydytojų anesteziologų reanimatologų ir 2 gydytojų neonatologų, akušerio bei slaugos (operacinės, vaikų, anestezijos ir intensyviosios terapijos) paslaugų teikimas.

1.1.2. Turi būti įrengta bent viena tinkama priešlaikiniam gimdymui gimdymo palata.

1.2. Antrinio B lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose:

1.2.1. Visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip 2 gydytojų akušerių ginekologų, 1 gydytojo anesteziologo reanimatologo, 1 gydytojo neonatologo, akušerio bei slaugos (operacinės, vaikų, anestezijos ir intensyviosios terapijos) paslaugų teikimas

1.2.2. Turi būti įrengtos gimdymo palatos, kuriose įrengtos naujagimių gaivinimo vietos.

1.3. Antrinio A lygio akušerines ir neonatologines paslaugas teikiančiuose stacionaruose:

1.3.1. Visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip 1 gydytojo akušerio ginekologo, 1 gydytojo anesteziologo reanimatologo, 1 gydytojo neonatologo ar vaikų ligų gydytojo, akušerio bei slaugos (operacinės, anestezijos ir intensyviosios terapijos) paslaugų teikimas.

1.3.2. Esant nėštumo rizikos veiksnių (priešlaikinis gimdymas ir kiti) nėščiosios nukreipiamos gimdymui į aukštesnio lygio paslaugas teikiančias įstaigas.

## **Būtinios priemonės priešlaikinio gimdymo metu, priemonių paruošimas ir kontrolė**

### **1.4. Priemonės priešlaikinio gimdymo diagnostikai**

*Medicininė aparatūra:*

- ultragarsinės diagnostikos aparatas su transvaginaliniu davikliu;
- kardiografas;
- akušerinis stetoskopas;
- arterinio kraujospūdžio matavimo aparatas;
- gyvybinių funkcijų monitorius suaugusiam.

*Medicinos priemonės:*

- makšties skėtiklis;
- termometras;
- sterilios ir nesterilios pirštinės.

### **1.5. Priemonės gresiančio priešlaikinio gimdymo gydymui**

*Medikamentai:*

- deksametazonas arba betametazonas;
- nifedipinas;
- indometacinas;
- antibiotikai - penicilinas, ampicilinas, gentamicinas, metronidazolis;
- magnio sulfatas (neuroprotekcijai).

### **1.6. Priemonės priešlaikiniam gimdymui**

*Medicinos įranga:*

- funkcinė gimdymo lova;
- kardiokardografas;
- gyvybinių funkcijų monitorius suaugusiam;
- mobili apšvietimo lempa;
- tūrinė ir (arba) švirkštinė infuzinė pompa;
- infuzinių tirpalų šildytuvas;
- medicinos prietaisai vaisiaus kraujui paimti (iš pirmeigės dalies ir iš virkštelės kraujagyslių) bei laktatų ir (ar) rūgščių ir šarmų pusiausvyros tyrimui;
- gimdymo takų apžiūros rinkinys;
- vakuuminis siurblys;
- deguonies šaltinis su dozatoriumi, elektroninės naujagimio svarstyklės;
- naujagimio gaivinimo vietos įranga (žr. metodiką „Naujagimio gaivinimo protokolas“);
- gyvybinių funkcijų monitorius naujagimiui.

*Medicinos priemonės:*

- sterilios ir nesterilios pirštinės;
- intraveninės lašinės;
- intraveniniai kateteriai;
- kraujo ar šlapimo tyrimams paimti reikalingos priemonės;
- siūlai, skirti gimdymo takų plyšimams ar epiziotomijos pjūviui susiūti;
- šlapimo kateteris;
- nuolatinis šlapimo kateteris.

### *Medikamentai:*

- Ringerio tirplai;
- Fiziologinis tirpalas;
- Oksitocinas;
- antibiotikai - penicilinas, eritromicinas, klindamicinas, ampicilinas, gentamicinas, metronidazolis, cefazolinai;
- antacidai ir antiemetikai (ruošiant skubiai cezario pjūvio operacijai);
- fentanilis;
- lidokainas ar kiti vietiniai anestetikai.

### **1.7. Kontrolė**

- 1.7.1. Už medicininės aparatūros pakankamą kiekį, paruošimą naudojimui, priežiūrą skyriuje ir gimdymo palatoje atsakingas to skyriaus vyresnysis akušeris – slaugos administratorius.
- 1.7.2. Už medicininių priemonių ir vaistų kiekį, paruošimą, kontrolę atsako skyriaus ir gimdymo palatos akušeris.
- 1.7.3. Už naujagimio gaivinimo vietos paruošimą bei priežiūrą gimdymo palatoje atsakingas šios gimdymo palatos akušeris.

### **2. Rekomenduojami metodikos įdiegimo ligoninėje dokumentai, direktoriaus įsakymai, tvarkos aprašai:**

- Ligoninės direktoriaus įsakymas dėl metodikos „Priešlaikinis gimdymas“ įdiegimo ligoninėje.

### **3. Svarbiausių būtinų metodikai įgyvendinti įgūdžių aprašymas ir video medžiaga**

- 3.1. Gimdos kaklelio matavimas ultragarsu pro makštį (žr. Metodikos procedūrų aprašą ir video medžiagą: <http://www.fetalmedicine.com/fmf/online-education/05-cervical-assessment/>)
- 3.2. Gimdos kaklelio sutvirtinimo procedūra (žr. Metodikos procedūrų aprašą).

### **4. Personalo apmokymo planas**

#### 4.1 Teorinė informacija (žr. metodikos aprašą)

- rekomenduotina įsisavinti savarankiškai visiems komandos nariams (akušeriams-ginekologams, akušeriams).

#### 4.2. Procedūrų įsisavinimas (žr. metodikos procedūrų aprašą)

- teorinio aptarimo datos
- kursų datos

**METODIKA**  
**PRIEŠLAIKINIS GIMDYMAS**

**IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS**

## **Išsamus įdiegtos metodikos efekto ligoninėje audito aprašas**

**Žemiau apraše pateikta informacija ir auditavimo instrumentai yra rekomendacinio pobūdžio, sveikatos priežiūros įstaiga pati nustato metodikos auditavimo dažnį, audito kriterijus ir priemones.**

Kartą per 12 mėnesių atliekamas įdiegtos metodikos efekto ligoninėje auditas.

### **1. Auditavimo kriterijai**

1.1. Priešlaikinio gimdymo priežiūros vykdymas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-09-23 įsakymu Nr. V-900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 27 d. įsakymo Nr. V-865 redakcija):

- gimdymų skaičius iki 36<sup>+6</sup> nėštumo savaitės II A lygio paslaugas teikiančiame stacionare;
- gimdymų skaičius iki 33<sup>+6</sup> nėštumo savaitės II B lygio paslaugas teikiančiame stacionare;
- moterų, perkeltų iš II B lygio paslaugas teikiančio stacionaro dėl priešlaikinio gimdymo simptomų į III lygio paslaugas teikiančią stacionarą ir pagimdžiusių po 33<sup>+6</sup> nėštumo savaitės, skaičius.

### 1.2. Steroidų vartojimas

- Moterų, kurios gimdė po 36<sup>+6</sup> nėštumo savaitių po bet kurią nėštumo sav. skirto vaisiaus plaučių brandinimo steroidais, skaičius.
- Naujagimių, kurie gimė iki 34<sup>+0</sup> nėštumo savaitės ir kuriems nebuvo skirta plaučių brandinimo steroidais, skaičius.

### 1.3. Tokolizinių preparatų vartojimas

- Moterų, kurioms buvo skirtas gydymo tokolizininiais preparatais kursas ir kurios pagimdė po 36<sup>+6</sup> nėštumo savaitės, skaičius.
- Moterų, kurios pagimdė iki 34<sup>+0</sup> nėštumo savaitės, bet gydymo kurso tokolizininiais vaistais nebuvo skirta, skaičius.
- Moterų, kurioms buvo taikytas kartotinis gydymo kursas tokolizininiais preparatais, skaičius.
- Moterų, kurioms tokolizė buvo taikoma ilgiau nei 48 val., skaičius.



- Moterų, kurios buvo paguldytos į ligoninę dėl priešlaikinio gimdymo simptomų ir kurioms tokolizė nebuvo paskirta, skaičius.

#### 1.4. Priešlaikinio gimdymo ištyrimo protokolo vykdymas

- Moterų, kurioms prieš skiriant tokolizinių preparatų ir (ar) steroidų, gimdos kaklelio ilgis buvo išmatuotas ultragarsiniu transvaginaliniu davikliu, skaičius.
- Moterų, kurioms prieš skiriant tokolizinių preparatų ir (ar) steroidų, gimdos kaklelio ilgis nebuvo išmatuotas ultragarsiniu transvaginaliniu davikliu, skaičius.

#### 1.5. Profilaktikos priemonės

- Moterų, kurioms buvo vienas ar daugiau persileidimų ir(ar) priešlaikinis gimdymas ir kurios pagimdė iki 36<sup>+6</sup>, bet gimdos kaklelis nebuvo išmatuotas ultragarsu iki 24 nėštumo savaitės, skaičius.

## 2. Audito priemonės

Nėštumo ir gimdymo istorija (nėštumo patologijos skyriaus, akušerijos skyriaus), nėščiosios ambulatorinė kortelė.

## 3. Audito metu vertinami kriterijai

- Nėštumo laikas gimdymo metu (nėštumo savaitės ir dienos).
- Gimdos kaklelio ilgio matavimas ultragarsu pro makštį prieš gydymą (matuotas ar nematuotas).
- Steroidų skyrimas (skirta, neskirta, pagrįstai, nepagrįstai, kartotinis kursas).
- Tokolizės skyrimas (skirta, neskirta, pagrįstai, nepagrįstai, ilgiau nei 48 val.).
- Magnio sulfato skyrimas naujagimio smegenų kraujotakos apsaugai (skirta, neskirta, pagrįstai, nepagrįstai, netinkamas nėštumo laikas, tinkamas nėštumo laikas).
- Gimdos kaklelio sutvirtinimo operacija (tinkamas nėštumo laikas, netinkamas nėštumo laikas, operacijos indikacijos pagrįstos, nepagrįstos, komplikacijos).

## 4. Pokalbis su administracija, anonimiškai pateikiant audito rezultatus, sprendžiant problemas

## Išsamus auditorių funkcijų aprašymas

### 5. Auditorius patikrina prieš laiką gimdžiusių moterų gimdymo istorijas ir atsako į visus audito klausimus

- II A lygio įstaigoje visas prieš laiką pagimdžiusių moterų ir 30 atsitiktinai parinktų gydytų dėl tariamojo gimdymo iki 37 nėštumo savaitės.
- II B lygio įstaigoje 30 atsitiktinai parinktų prieš laiką pagimdžiusių ir 30 gydytų dėl tariamojo gimdymo iki 37 nėštumo savaitės.
- III lygio 30 atsitiktinai parinktų prieš laiką pagimdžiusių ir 30 gydytų dėl tariamojo gimdymo iki 37 nėštumo savaitės.

### 6. Svarbiausių kriterijų, kuriuos įtraukus į informacinę sistemą galima daryti įdiegtos metodikos efektyvumo analizę nacionaliniu mastu, sąrašas

Eil. Nr.	Informacinėje sistemoje registruojami kriterijai
1.	Priešlaikinių gimdymų dažnis: a) II A lygio įstaigoje (procentinė visų gimdymų dalis); b) iki 33 <sup>+6</sup> nėštumo savaitės II B lygio įstaigoje (procentinė visų gimdymų dalis).
2.	Steroidų skyrimas iki 34 <sup>+0</sup> nėštumo sav. (procentinė visų gimdymų dalis iki 34 <sup>+6</sup> nėštumo sav.).
3.	Nėščiujų, kurioms buvo atliktas gimdos kaklelio sutvirtinimas, skaičius.
4.	Tikro PG procentinė dalis iš visų dėl priešlaikinio gimdymo simptomų gydytų moterų.

## 7. Priedai

1 Priedas. Ligoninės audito priemonės

## 1 Priedas. Ligoninės audito priemonės

**Tema.** Priešlaikinio gimdymo diagnostikos, gydymo ir priežiūros įvertinimas.

**Tikslas.** Įvertinti gydymo įstaigoje taikytus priešlaikinio gimdymo diagnostikos, gydymo ir priežiūros metodus.

**Instrukcija.** Iki .... patikrinti 30 atsitiktinai atrinktų Nėštumo ir gimdymo istorijų, kuriose įrašyta tariamojo gimdymo diagnozė, ir 30 atsitiktinai atrinktų Nėštumo ir gimdymo istorijų, kuriose įrašyta priešlaikinio gimdymo diagnozė.

Savaitės	<34 <sup>+6</sup>	≥35 <37
Diagnostikos metodai taikyti pagrįstai	Taip Ne	Taip Ne
Steroidų skirta	Taip Ne	Taip Ne
Steroidų skirta pagrįstai	Taip Ne	Taip Ne
Gydymas tokolizinais preparatais tinkamas	Taip Ne	Taip Ne
PG priežiūros taktika pasirinkta tinkama	Taip Ne	Taip Ne

Bendras audituotų istorijų skaičius:

Skaitiklis 1: diagnostikos metodai taikyti tinkamai (X100)

Skaitiklis 2: tokolizė skirta pagrįstai (X 100)

Skaitiklis 3: steroidų skirta pagrįstai (X 100)

Neišnešiotų (mažiau kaip 34<sup>+0</sup> nėštumo savaitių) naujagimių, kuriems steroidų plaučiams brandinti buvo skirta, skaičius. Bendras neišnešiotų naujagimių skaičius (x 100).

Gimdos kaklelio matavimo ultragarsiniu transvaginaliniu davikliu skaičius. Steroidų skyrimo skaičius (X 100).

## Literatūros sąrašas

1. Metodikos „Priešlaikinis gimdymas“ I, II dalys.
2. Green-top Guideline No. 1b RCOG <http://www.rcog.org.uk/guidelines>.
3. Clinical practice guideline, Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland [http://www.rcpi.ie/content/docs/000001/781\\_5\\_media.pdf](http://www.rcpi.ie/content/docs/000001/781_5_media.pdf).

**METODIKA**  
**PRIEŠLAIKINIS GIMDYMAS**

**V. INFORMACIJA VISUOMENEI**

### **Kas yra priešlaikinis gimdymas?**

Priešlaikinis gimdymas – tai gimdymas, kuris vyksta iki 37 nėštumo savaitės (3 arba daugiau savaičių prieš numatomą gimdymo terminą). Nėštumas įprastai tęsiasi 40 savaičių, skaičiuojama nuo pirmos paskutinių mėnesinių dienos. Sąrėmiai (gimdos susitraukimai), prasidėję iki 37 nėštumo savaitės, gali būti pavojingi, jei baigiasi priešlaikiniu gimdymu. Naujagimiams, gimusiems iki 37 nėštumo savaitės, būna trumpalaikių ir ilgalaikių sveikatos sutrikimų, daliai jų būna psichomotorinės raidos sutrikimų, didesnė lėtinių ligų rizika suaugus. Kuo ilgiau vaisius auga gimdoje ir kuo didesnis jo svoris gimimo metu, tuo mažiau tikėtina, kad gimęs jis patirs labai rimtų problemų. Net išgyvenę naujagimiai dažnai turi įvairių sveikatos sutrikimų.

### **Kas yra priešlaikinė gimdymo veikla?**

Priešlaikinė gimdymo veikla – tai gimdos susitraukimai ar kiti priešlaikinio gimdymo simptomai, kurie prasideda iki 37 nėštumo savaitės.

### **Kas sukelia priešlaikinius gimdos susitraukimus?**

Dažnai sunku atsakyti į klausimą, kokia yra priešlaikinių gimdos susitraukimų priežastis, bet kai kurie rizikos veiksniai yra žinomi. Didžiausia rizika pagimdyti prieš laiką yra moterims:

- kurios prieš laiką jau yra gimdžiusios;
- kurios nešioja ne vieną vaisių;
- kurioms buvo atlikta gimdos kaklelio operacija.

Kiti rizikos veiksniai, didinantys tikimybę pagimdyti prieš laiką, yra tokie:

- buvęs cezario pjūvis
- narkotinių medžiagų vartojimas;
- rūkymas;
- infekcija (inkstų, šlapimo takų, karščiavimas);
- bloga mityba ir mažas nėščiosios svoris;
- kraujavimas iš genitalijų nėštumo metu;
- pilvo organų operacija nėštumo metu;
- stresas.

## **Kokie yra priešlaikinio gimdymo simptomai?**

Priešlaikinio gimdymo simptomai yra tokie patys, kaip ir prasidedant gimdymui laiku:

- Gimdos sukietėjimas (gimdos susitraukimai). Susitraukimų metu pilvas būna kietas tol, kol tęsiasi gimdos susitraukimas. Paprastai jie būna skausmingi.
- Išskyrų iš makšties kiekio ir spalvos pasikeitimas (jos būna gausesnės, vandeningos arba kraujingos).
- Kryžkaulio srities nugaros skausmas.
- Apatinės pilvo dalies maudimas, kartais su viduriavimu.
- Vandenų nubėgimas (jaučiamas kaip nestiprus varvėjimas arba didesnio skysčio kiekio tekėjimas iš makšties).

Kartais moterys gali jausti vadinamuosius *Braxton Hicks* susitraukimus. Tai susitraukimai, kurie vyksta kas kelias minutes. Paprastai jie nėra skausmingi, nestiprėja, nedažnėja ir yra nereguliarūs. Kartais juos sunku atskirti nuo tikrųjų sąrėmių. *Braxton Hicks* susitraukimai dažniausiai greitai baigiasi, kai nėščioji atsigula ir pailsi. *Braxton Hicks* susitraukimai yra vadinami netikraisiais sąrėmiais, nes jie nesukelia tikros gimdymo veiklos.

## **Ką reikia daryti, kai moteris pradeda jausti panašius į Braxton Hicks gimdos susitraukimus?**

Jeigu moteris mano, kad tai gali būti gimdymo pradžia, ji turi kreiptis į gydytoją.

Moteris visada privalo kreiptis į gydytoją, jeigu iš makšties pasirodė kraujingų išskyrų arba ištekėjo vandenys, jeigu jaučia daugiau nei 6 gimdos susitraukimus per valandą (1 susitraukimas kas 10 min.) ir ypač jeigu gimdos susitraukimai yra reguliarūs (kartojasi vienodais laiko tarpais). Tokiu atveju yra sunku pasakyti, ar prasidėjo tikra gimdymo veikla, todėl nėščiąją privalo apžiūrėti gydytojas. Jis įvertins gimdos kaklelio pasikeitimą bei gimdos susitraukimų pobūdį, atsakys į klausimą, ar tai yra priešlaikinio gimdymo pradžia, ir nuspręs ką toliau daryti.

## **Ar priešlaikinio gimdymo simptomai reiškia, kad vyks priešlaikinis gimdymas?**

Ne visada. Tik 20 – 30 proc. nėščiųjų, kurios paguldamos į ligoninę dėl prasidėjusio priešlaikinio gimdymo, pagimdo neišnešiotą naujagimį. Kitai daliai priešlaikiniai gimdos susitraukimai baigiasi ir jos pagimdo naujagimį suėjus gimdymo terminui. Vienais atvejais priešlaikinė gimdymo veikla bus stabdoma vaistais, kurie nekenkia vaisiui, kitais atvejais gydytojas gali nuspręsti, kad dėl tam tikrų priežasčių (infekcija, blogėjanti vaisiaus būklė ar motinos ligos) reikia netęsti nėštumo ir gimdymo veiklos nestabdyti. Kiekviena situacija yra vis kitokia.

## **Kokios priemonės padeda išvengti priešlaikinio gimdymo?**

Yra keletas skirtingų gydymo metodų (priklauso nuo konkrečios situacijos). Gydymo metodo pasirinkimas priklauso nuo:

- priešlaikinio gimdymo priežasties;
- nėštumo laiko (kiek yra nėštumo savaičių);
- motinos ir vaisiaus būklės.

Gydytojas gali skirti vaistų, kurie sustabdys arba sulėtins priešlaikinius gimdos susitraukimus. Tokie medikamentai vadinami tokolizinais. Jie nepavojingi nei motinai, nei vaisiui, jei vartojami trumpai. Jeigu nėštumas yra trumpesnis kaip 34 savaitės, gydytojas gali skirti vaistų vaisiaus plaučiams brandinti (tokie vaistai vadinami steroidais). Jie padės naujagimiui savarankiškai kvėpuoti, jeigu atsitiktų taip, kad gimdymas įvyktų prieš laiką. Šie preparatai vartojami labai trumpai ir nėra pavojingi nei motinai, nei vaisiui.

Ne visada pavyksta sustabdyti priešlaikinius gimdos susitraukimus, todėl įvertinęs situaciją gydytojas gali nuspręsti nėščiąją perkelti į kitą stacionarą, kuriame suteikti reikiamą pagalbą neišnešiotam naujagimiui yra geresnės sąlygos.

## **Ar galima išvengti priešlaikinio gimdymo?**

Šiandien nėra tokio gydymo ar priežiūros metodo, kuris visiškai apsaugotų nuo priešlaikinio gimdymo. Bet yra tam tikrų profilaktikos priemonių, kurios sumažina riziką pagimdyti prieš laiką. Kad būtų galima jas pritaikyti, reikia nustatyti, ar rizika pagimdyti prieš laiką yra padidėjusi. Prieš planuojant nėštumą, reikia kreiptis į specialistą, kuris patars, ką ir kada reikia daryti. Tik pastojus būtina kreiptis į gydytoją, kuris įvertins konkrečią situaciją ir patars, kokių profilaktikos ar gydymo priemonių reikia imtis, kad sumažėtų priešlaikinio gimdymo rizika. Riziką pagimdyti prieš laiką padeda nustatyti laiku ir tinkamai ultragarsu išmatuotas gimdos kaklelio ilgis. Labai svarbu, kad moteris, kuri jau turėjo vieną ar kelis persileidimus ar priešlaikinius gimdymus, pirmą kartą būtų ištirta tarp 11 ir 14 nėštumo savaičių. Šiuo laikotarpiu gydytojas specialistas gali gana tiksliai nustatyti, kokia yra rizika, kad gimdymas bus priešlaikinis, ir kokių profilaktikos priemonių (progesterono taikymas, gimdos kaklelio apsiuvimas, kartotiniai gimdos kaklelio ilgio matavimai) reikėtų imtis konkrečiu atveju, bei patarti, ko reikėtų vengti dabartinio nėštumo metu.

**Bet svarbiausia – laiku kreiptis į sveikatos specialistą. Pajutus bet kokius simptomus (gimdos susitraukimai, daug neaiškių išskyrių iš makšties, strėnų ar pilvo apačios skausmai, nutekėjo vaisiaus vandenys ar atsirado kraujingų išskyrių), kurie Jums kelia nerimą, reikia tuoj pat kreiptis į sveikatos priežiūros specialistą, kad jis galėtų laiku suteikti (jeigu reikės) reikiamą pagalbą, atsakyti į Jūsų klausimus ir padėtų išvengti streso bei jaudinimosi.**



### Informacija visuomenei

Priešlaikinis gimdymas (gimdymas iki 37 nėštumo savaitės) – dažniausia naujagimių mirštamumo ir sergamumo priežastis Lietuvoje. 1 iš 20 gimdymų yra priešlaikinis. 2 iš 3 naujagimių, mirusių perinataliniu laikotarpiu, yra gimę prieš laiką. 60 proc. viso perinatalinio mirtingumo sudaro naujagimiai, gimę iki 32 nėštumo savaitės. Neišnešioti naujagimiai – ypač didelės rizikos naujagimių grupė. Jų adaptacijos eiga dėl organų ir sistemų morfologinio bei funkcinio nebrandumo yra savita. Neišnešioti naujagimiai 10 kartų dažniau serga cerebriniu paralyžiumi, jiems 75 kartus dažniau nustatomi psichikos sutrikimai ir 7 kartus dažniau nustatomi apsigimimai. Neišnešiotą naujagimį greičiau pažeidžia įvairūs aplinkos veiksniai. Jam dažniau kyla įvairių adaptacijos komplikacijų, jie dažniau serga, didesnis mirties ir sunkių liekamųjų centrinės nervų sistemos pažeidimo reiškinių pavojus. Neišnešioti naujagimiai turi trumpalaikių ir ilgalaikių sveikatos sutrikimo problemų – nuo psichomotorinės raidos sutrikimo iki padidėjusios rizikos lėtinėms ligoms suaugus. Neišnešiotiems naujagimiams dažnesni emociniai, neurologiniai, regos, klausos sutrikimai, sunkesnė socialinė adaptacija, ypač paauglystėje.

Yra profilaktikos priemonių, kurios gali sumažinti priešlaikinių gimdymų skaičių. Tai rizikos pagimdyti prieš laiką nustatymas (pvz., gimdos kaklelio ultragarsinis matavimas), žalingų veiksnių, kurie didina priešlaikinio gimdymo riziką, vengimas (rūkymas, stresas, emocinė prievarta ir kt.) ir profilaktikos priemonių taikymas (gimdos kaklelio sutvirtinimo operacija, progesterono vartojimas ir kt.). Nėščiosios turi žinoti apie galimas profilaktikos priemones ir gydymo metodus. Siekiant užtikrinti, kad priešlaikinio gimdymo priežiūros taktika atitiktų aukščiausius saugumo ir kokybės kriterijus ir kad visi medikai, kurie susiduria su gresiančio priešlaikinio gimdymo, priešlaikinio gimdymo ir neišnešiotą naujagimio problema, vadovautųsi vienodais priežiūros ir gydymo standartais, yra kuriamos mokslo įrodymais pagrįstos metodinės rekomendacijos. Priešlaikinio gimdymo eiga ir baigtis priklauso ne tik nuo medicinos personalo ir medicinos įstaigos pasirengimo suteikti reikiamą medicinos pagalbą, bet ir nuo visuomenės požiūrio į problemą ir jos supratimo.