

Poród przedwczesny i wcześniactwo

Preterm labour and prematurity

Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine 17:8

**Manju CHANDIRAMANI MB ChB BSc, Rachel M TRIBE BSc SpHons PhD
Andrew H SHENNAN MBBS FRCOG MD**

STRESZCZENIE

Poród przedwczesny następuje w wyniku samoistnej przedwczesnej czynności skurczowej, w większości przypadków w związku z zakażeniem/zapaleniem oraz poprzedzającym przedwczesnym pęknięciem błon płodowych. Około 1/4 przypadków ma charakter jatrogenny. Częstość występowania porodów przedwczesnych nadal wzrasta w krajach zarówno uprzemysłowionych, jak i rozwijających się. W większości przypadków zachorowalność i umieralność okołoporodowa jest spowodowana porodami przedwczesnymi przed 30. tygodniem ciąży. Rozpoznawanie zagrożenia samoistnym porodem przedwczesnym istotnie się poprawiło, szczególnie dzięki stosowaniu przezpochwowego badania ultrasonograficznego oraz testów na fibronektynę płodową. Stwierdzono jednak, że takie środki zapobiegawcze jak tokoliza, zakładanie okrężnego szwu szyjkowego oraz podawanie gestagenu i antybiotyków mają niewielki wpływ na ostateczny rezultat i ich stosowanie wymaga dalszej oceny opartej na dowodach naukowych. W codziennej praktyce klinicznej wybór interwencji często opiera się na osobistych preferencjach, słabych dowodach skuteczności i potrzebie, aby „coś zrobić”. Zaleca się dokładną identyfikację zagrożonych kobiet oraz ostrożną interwencję opartą na dowodach naukowych, wraz z dokładnym rozważeniem zagrożeń i korzyści, aż do uzyskania dalszych informacji, które pomogą w ustaleniu postępowania.

Preterm birth occurs as a result of spontaneous preterm labour, in most cases associated with infection/inflammation and preterm pre-labour rupture of membranes. About 1/4 cases are iatrogenic. The incidence of preterm birth continues to increase in both developed and developing countries; most perinatal morbidity and mortality results from preterm births at less than 30 weeks' gestation. The prediction of spontaneous preterm birth has improved significantly, particularly through the use of transvaginal ultrasonography and fetal fibronectin testing. However, preventive measures such as tocolysis, cervical cerclage, progestogen and antibiotics have made little impact on outcome and require further evidence-based evaluation. In day-to-day clinical practice, interventions are often chosen based on personal preference, poor evidence of efficacy and the need to 'do something'. Accurate identification of at-risk women and cautious intervention in an evidence-based manner is advocated with careful consideration of the risks and benefits until further information is available to guide management.

© 2007 Elsevier Ltd. All rights reserved.