

მენაობა და გინეკოლოგია

მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის
პროგნოზირება და პრევენცია

მაია ჩაკვეტაძე

moambe@atsu.edu.ge

დასავლეთ საქართველოს სამედიცინო ცენტრი

აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ქუთაისი, საქართველო

DOI:<https://doi.org/10.52340/atsu.2025.2.26.18>

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ნაადრევი მშობიარობის განვითარების პროგნოზირება მარტივი, სანდო და ხელმისაწვდომი ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით ორსულობა 18-24 კვირაზე. საშვილოსნოს ყელის სიგრძის მონიტორინგი და ადექვატური პრევენციული ღონისძიებების გამიყენების ტაქტიკის შემუშავება. კლინიკური დაკვირვება წარმოებდა 157 ქალის ორსულობის და მშობიარობის მიმდინარეობაზე. ნაადრევი მშობიარობის მაღალი რისკის პროგნოზირებული ღირებულებების რისკ-ფაქტორს მიეკუთვნება ანამნეზში ერთი ან მეტი ნაადრევი მშობიარობა, ერთი ნაყოფით. მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის პროგნოზირებისათვის გამოვიყენეთ ხელმისაწვდომი და მარტივი მეთოდი ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით. საშვილოსნოს ყელის სიგრძის სწორი, სკურპულოზული განსაზღვრა ორსულობის 18-24 კვირაზე 2 კვირაში ერთხელ, მკურნალობის დაწყების ზღვრულ ნიშნად გვქონდა ყელის სიგრძე ≤ 25 მმ. ადექვატური პრევენციული ღონისძიებები გვქონდა მინიმალური - ვაგინალური პროგესტერონი 18 კვირიდან 35 კვირამდე და საშვილოსნოს ყელის სიგრძის დამოკლების ≤ 25 მმ-ზე შემთხვევაში ორსულობის 24 კვირის ვადამდე საშვილოსნოს ყელის სერკლიაჟი. ამგვარად ორმა მარტივმა, ხელმისაწვდომმა, ტექნიკურად სწორად ჩატარებულმა პრევენციულმა ღონისძიებებმა საგრძნობლად შეამცირა ნაადრევი მშობიარობის სიხშირე განსაკუთრებით ორსულობიდან 32 კვირამდე.

საკვანძო სიტყვები: ორსულობა, მშობიარობა, რისკ-ფაქტორი, ვაგინალური ულტრაბგერა, სერკლიაჟი

მიუხედავად პერინატალური მეთვალყურეობის გაუმჯობესებისა, ნაადრევი მშობიარობა წარმოადგენს ახალშობილთა სიკვდილიანობის და ავადობის ძირითად მიზეზს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით ყოველწლიურად 15 მლნ ახალშობილი იბადება ნაადრევად (20-36 კვირამდე), აქედან 1 მლნ ახალშობილი იღუპება ნაადრევი მშობიარობის გართულებების მიზე-

ზით, როგორცაა: რესპირატორული დასტრეს სინდრომი (რდს), ინტრავენტრიკულური ჰემორაგია, ნეკროზული ენტერეკოლიტი და სხვა. მრავალი ცოცხალი ნაადრევად დაბადებული ბავშვი, კი მთელი სიცოცხლე არიან ინვალიდები, მენტალური, თვალის და სმენის პრობლემებით (Ohuma, et al. 2020 ; NW-Pretezm-Bizth guideline 2023).

უწყვეტი, სრულ ფასოვანი მესამე დონის სამედიცინო-ანტენატალური მეთვალყურეობა უზრუნველყოფს ნაადრევი მშობიარობის სიხშირის შემცირებას და ნეონატალური გამოსავლის გაუმჯობესებას.

წლების მანძილზე მეანობაში მკურნალობა იწყებოდა მხოლოდ გამოხატული სიმპტომების მქონე ორსულებში და არა მიზნობრივად. გამოყენებული იყო მრავალი მედიკამენტი, რომელიც აუმჯობესებდა ნაადრევი მშობიარობის სიხშირის მაჩვენებელს.

მრავალმა კვლევამ გამოავლინა ნაადრევი მშობიარობის მაღალი პროგნატული ღირებულების რისკ-ფაქტორები - ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობა/რეკურენსი ერთი ნაადრევი მშობიარობა ანამნეზში 15-30%, არის ნაადრევი მშობიარობა 60% შემთხვევაში განმეორებადია და ხშირად იგივე ვადაზე (NW-Pretezm-Bizth guideline 2023).

უახლესი ლიტერატურული მონაცემებით და გაიდლაინებით, ვინაიდან ნაადრევი მშობიარობის გადავადების ეფექტური მკურნალობა არ არსებობს, უპირატესობა ნაადრევი მშობიარობის განვითარების პროგნოსტულ და პრევენციულ სტრატეგიებს ენიჭება.

ბოლო წლებია ნაადრევის მშობიარობის ძირითად პროგნოსტულ და სადიაგნოსტიკო მეთოდს წარმოადგენს ტრანსვაგინალური ან ტრანსლაბიალური (ბაგეებს შორის) ცერვიკომეტრია ორსულობის მეორე ტრიმესტრში (16-24 კვირაზე). ამ მეთოდით განსაზღვრული საშვილოსნოს ყელის სიგრძე არის საბაზისო და მგრძნობიარე პროგნოსტური კრიტერიუმი მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის, განსაკუთრებით რისკის ჯგუფში მყოფ პაციენტებში, რომელთაც ანამნეზში აქვთ ერთი ან მეტი ნაადრევი მშობიარობა ერთი ცოცხალი ნაყოფით 22-36 კვირის ვადაზე (Преждевременны ... 2018).

კვლევის მიზანს წარმოადგენს ნაადრევი მშობიარობის განვითარების პროგნოზირება მარტივი, სანდო და ხელმისაწვდომი ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით, 18-24 კვირაზე საშვილოსნოს ყელის სიგრძის მონიტორინგის გამოყენებით და ადეკვატური პრევენციული ღონისძიებების ტაქტიკის შემუშავება.

მ. ჩაკვეტაძე

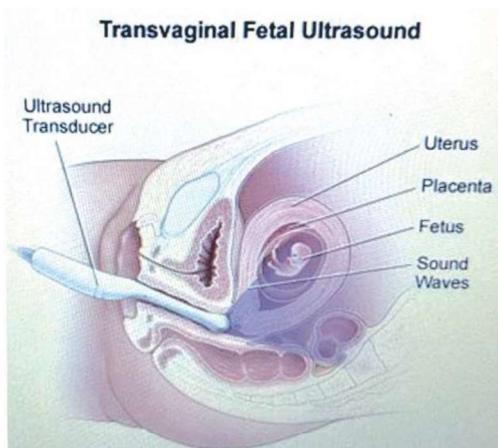
საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები. შესწავლილია 19-42 წლის ქალების გესტაციის და მშობიარობის მიმდინარეობა. დასავლეთ საქართველოს სამედიცინო ცენტრის ანტენატალურ მეთვალყურეობაზე მყოფი 33 ქალის ორსულობის და მშობიარობის მიმდინარეობა, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებოდათ ერთი ან მეტი ნაადრევი მშობიარობა, ერთი ცოცხალი ნაყოფით 22 კვირიდან 36 კვირამდე, 69 ამბულატორიული პაციენტი გესტაციის მეორე-მესამე ტრიმესტრში, 55 ორსული კი იმყოფებოდა სტაციონარულ კვლევაზე და მკურნალობაზე.

ყველა ორსულმა იმშობიარა დასავლეთ საქართველოს სამედიცინო ცენტრში. გამოყენებულ იქნა ანტენატალური მეთვალყურეობის ორსულის, მშობიაროს და ახალშობილის სტაციონარის ისტორიები, გაანალიზებულია 2023-2025 წლების 157 ქალის ისტორია.

ულტრაბგერის კვლევა ჩატარებულია Philips Cleaz Vue 550V აპარატზე.

პირველი და მეორე ჯგუფის ქალების ორსულობის გამოსავალი

ორსულობის გამოსავალი	I ჯგუფი n=62		II ჯგუფი n=95	
	abc	%	abc	%
მშობიარობა დროული ახალშობილით 37-40კვ და 6 დღემდე	42	67,7	33	34,7
მშობიარობა ნაადრევი ახალშობილით 22 კვირიდან - 32 კვირამდე	3	4,8	14	14,7
მშობიარობა ნაადრევი ახალშობილით 32 კვირიდან 36კვ 6 დღემდე	17	27,4	48	50,5



მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის მაღალი რისკის მქონე - ანამნეზში ერთი და მეტი ნაადრევი მშობიარობა ერთი ცოცხალი ნაყოფით 22

კვირიდან - 36კვ 6 დღემდე - პაციენტები დავყავით ორ ჯგუფად:

პირველი ჯგუფი: 62 ორსული, რომელთაც უტარდებოდათ საშვილოსნოს ყელის სიგრძის სელექციური სკირინგი 2 კვირაში ერთხელ 18 კვირიდან 24 კვირის ვადამდე და მიზნობრივად პრევენციულ ღონისძიებები ვაგინალური პროგესტერონი და ყელის სერკლიაჟი.

ყელის სერკლიაჟი ჩაუტარდა 4 ორსულს (6,4%) 19-22 კვირის ვადაზე.

საშვილოსნოს ყელის სიგრძის გაზომვას ვახდენდით მხოლოდ ვაგინალური მეთოდით, ვინაიდან ტრანსაბდომინალურად განსაზღვრული ყელის სიგრძე იძლევა ხშირად ყელის ხელოვნურად დაგრძელებას და აქედან მაღალია ცრუ უარყოფითი პასუხის სიხშირეც. ვაგინალური მეთოდით საშვილოსნოს ყელის სიგრძის კვლევისას კარგად ვიზუალიზირებას ყელის შიგნითა და გარეთა პირი ცერვიკალური არხი და ენდაცერვიკალურის ლორწოვანი, ეს ის სტრუქტურებია, რომელიც აუცილებელია განისაზღვროს კვლევის დროს, რათა ჭეშმარიტად განვსაზღვროდ ყელის სიგრძე. ხშირად სხვა სამედიცინო დაწესებულებებიდან შემოსული, როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ კვლევაზე ორსულობის ყელის სიგრძე ხშირად - ჩვენ შემთხვევაში 35% უფრო მოკლე იყო, ვიდრე ჩვენი გაზომილი, რასაც შეეძლო გამოეწვია არა ადეკვატური მანიპულაციების ჩატარების აუცილებლობა. როგორცაა საშვილოსნოს ყელზე ნაკერის ან რგოლის დადება (Berghrlla 2023, 7 Prediction ... 2021).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) - დამოკლებული საშვილოსნოს ყელის სიგრძის ულტრასონოგრაფიული კრიტერიუმია სიგრძე ≤ 25 მმ 16-24 კვირაზე და დილატაცია 10 მმ \geq ორსულობის 24 კვირამდე (Berghrlla 2023).

პირველ ჯგუფში გარდა სამშობიაროს ყელს სიგრძის ულტრასონოგრაფიული მონიტორინგისა და პრევენციული ინტერვენციების დაწყებისა - ყელის სერკლიაჟი (ჩვენების მიხედვით ყელის სიგრძე ≤ 25 მმ, დილატაცია 10 მმ \geq) ორსულობის ≤ 24 კვირამდე. 18 კვირიდან მიუხედავად საშვილოსნოს ყელის სიგრძისა, ყველა ორსულს დანიშნული ჰქონდა ვაგინალური პროგესტერონი 200მგ 35 კვირის ვადამდე.

20 ორსულს, რომლის ორსულობაც დასრულდა ნაადრევად 34 კვირამდე ჩაუტარდათ რდს პროფილაქტიკა დექსამეტაზონით, 3 ორსულს მშობარობაში ნეიროპრატექციის მიზნით გადაესხათ მაგნიუმის სულფატი ი/ვ (Преждевременны ... 2018).

მეორე ჯგუფი: 95 ორსული, რომელთაც არ ჩაუტარდათ საშვილოს-

მ. ჩაკვეტაძე

ნოს ყელის სიგრძის სელექციური სკრინინგი და არც ვაგინალური პროგესტერონი 18 კვირიდან არ ჰქონდათ დანიშნული. მხოლოდ კლინიკურად გამოხატული სიმპტომების ჩამოყალიბებისას, როგორცაა მოვლითი ხასიათის ტკივილები მუცლის ქვედა არეში, ჩამოწოლის შეგრძნება და სხვა ჩივილები უტარდებოდათ საშვილოსნოს ყელის სიგრძის გაზომვა უმეტესად ვაგინალური მეთოდით, იშვიათად (სამ შემთხვევაში ტრანსაბდომინალური ექოსკანირებით) და მკურნალობა. ეს 95 ორსული იყო სხვა სამეანო კლინიკებიდან ულტრაბგერითი კვლევის ამბულატორიულ მიღებაზე და სტაციონარულ დაკვირვებაზე.

მეორე ჯგუფის ორსულებში, სადაც არ ტარდებოდა ყელის სელექციური მონიტორინგი და შესაბამისი ინტერვენციები, მხოლოდ ყელის სიგრძის ერთჯერადი გაზომვით იყო ≤ 30 მმ, გამოხატული უკვე კლინიკური სიმპტომატიკით უტარდებოდა ტოკოლიზი - ნიფედიპინით, 32 კვირამდე ნეიროპროტექციის მიზნით მაგნიუმის სულფატი მშობიარობაში.

მეორე ჯგუფის ორსულობიდან, რომლებიც იმყოფებოდნენ სტაციონარულ მკურნალობაზე გამოხატული კლინიკით ჩვენების მიხედვით (საშვილოსნოს ყელის სიგრძე 20მმ \leq ქვევით, ორსულობის ვადა 24 კვირამდე) ჩაუტარდათ საშვილოსნოს ყელის სერკლიაჟი 2 (2,1%) ორსულს 20-22 კვირის ვადაზე. დაეწყოთ და გაუგრძელდათ 35 კვირამდე ვაგინალური პროგესტერონი 200 მგ 1-ჯერ დღეში.

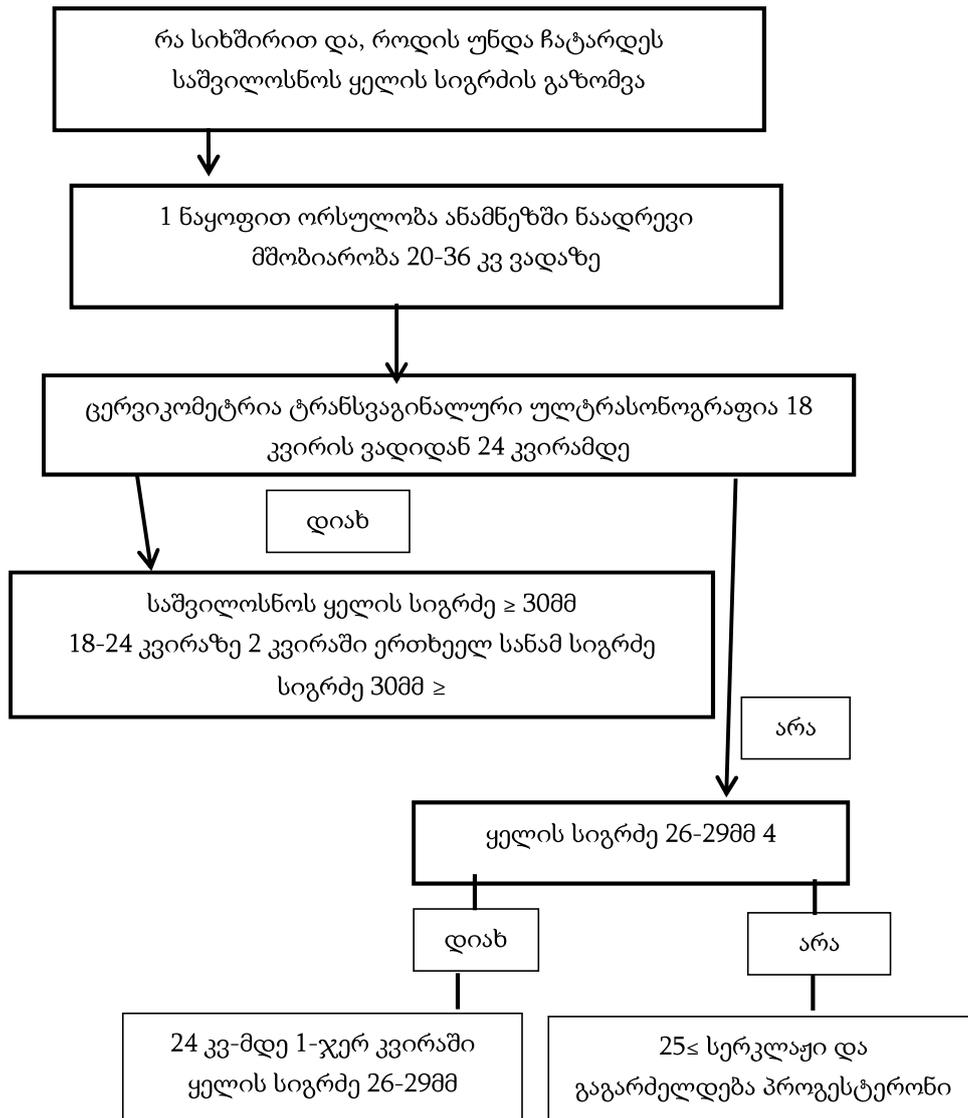
მონაცემების სტატისტიკური დამუშავება ვაწარმოვეთ Excel-ის პროგრამის პაკეტით. შეფასება შესრულდა სტიუდენტის t კრიტერიუმის გამოყენებით.

შედეგები და მსჯელობა. კვლევის შედეგად მაღალი პროგნოსტული ღირებულებების რისკ ფაქტორის - ანამნეზებში ნაადრევი მშობიარობის მქონე ორსულებში სელექციურ ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით საშვილოსნოს ყელის სიგრძის სკრინინგი 18-24 კვირამდე, რათა გავესაზღვრა პრევენციული ინტერვენციების დაწყების ზღვრული ნიშნული (საშვილოსნოს ყელის სიგრძე ≤ 25 მმ) ადექვატური პრევენციული ღონისძიებები კი მოიცავდა პროგესტერონის დანიშვნას, 18 კვირის ორსულობის ვადიდან და ყელის დამოკლების პროგრესების შემთხვევაში 24 კვირამდე სერკლიაჟის ჩატარებას, აღმოჩნდა ყველაზე ეფექტური ნაადრევი მშობიარობის სიხშირის შემცირებაში, ვიდრე ერთჯერადად ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის სიგრძის განსაზღვრა გამოხატული კლინიკური სიმპტომატიკის მქონე ორსულებში და მშობიარობის გადავადების

მკურნალობის მცდელობა.

პირველ ჯგუფში ორსულობა დასრულდა დროული მშობიარობით 42 ქალთან - (67,7%) შემთხვევაში; 22კვ - 32 კვ - მხოლოდ 3 შემთხვევაში - 4,8%; 32 კვირის ვადაზე - 36 კვ 6 დღემდე კი 17 - (27.4%).

მშობიარობის არც დროული და არც ნაადრევი ახალშობილი 7 დღის მანძილზე არ გარდაცვლილა, ერთ ახალშობილს (1,6%) 30 კვირის ვადაზე აღენიშნებოდა რესპირატორული დისტრეს სინდრომი (რდს).



მეორე ჯგუფში დროული მშობიარობით დამთავრდა 33 (34,7%) ორსულობა, გარდაიცვალა 7 (7,4%) ახალშობილი 22-28 კვირის ვადაზე დაბა-

მ. ჩაკვეტაძე

დებულები ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევით რღს, ნეკროზული ენტეროკოლიტით.

მაღალი იყო 11 (11,5) ამ ჯგუფში განვითარებული ნეონატალური გართულებებიც 4 ინტრაკრანიალური ჰემარაგია, 5-რღს, 2-ახალშობილთა სეფსისი.

კვლევის შედეგები გათანაბრებულია თანამედროვე ავტორებთან, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ ნაადრევი მშობიარობის მაღალ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ანამნეზში ერთი ან მეტი ნაადრევი მშობიარობა ერთი ნაყოფით.

ამ რისკ-ფაქტორის დროული გამოვლენა და პრევენციული ინტერვენციების დაგეგმვა/განხორციელება უზრუნველყოფს ნაადრევი მშობიარობის სიხშირის შემცირებას (NW-Preterm-Bizth guideline 2023, Norwitz 2023, Berghrlla 2023).

პროგნოზისათვის ერთ-ერთი ყველაზე სანდო, ხელმისაწვდომ და მარტივ მეთოდს წარმოადგენს ტრანსვაგინალური ულტრაბგერით საშვილოსნოს სიგრძის განსაზღვრა.

თუმცა აღნიშვნის ღირსია, ის ფაქტი, რომ ტრანსვაგინალური ყელის სიგრძის განსაზღვრა უნდა მოხდეს ყველა ტექნიკების დაცვით, რათა არასწორმა ცერვიკომეტრიამ შეიძლება გამოიწვიოს ინტერვენცია - სერკლიაჟი ჩვენების გარეშე (Norwitz 2023, Prediction ... 2021).

ასევე, თითქმის ყველა მკვლევარი თანხმდება, რომ ვაგინალური პროგესტერონის გამოყენება მაღალი რისკის მქონე ორსულებში 18 კვირიდან მნიშვნელოვნად ამცირებს ნაადრევი მშობიარობის განვითარების რისკს და თუ პროგესტერონის გამოყენების შემთხვევაში საშვილოსნოს ყელის დმოკლება პროგრესირებს, მხოლოდ ორსულობის ≤ 24 კვირამდე, ყელის სიგრძე ≤ 25 მმ, ერთნაყოფიანი ორსულობა, წყლები ინტაქტურია რეკომენდირებულია საშვილოსნოს ყელის სერკლიაჟი (Norwitz 2023).

მშობიარობის გადავადება სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში ტოკოლიტიკებით უმეტეს შემთხვევაში 24-48 საათით იძლევა ორსულობის გახანგრძლივების საშუალებას და ჩვენ შემთხვევაშიც ორსულობა 95 პაციენტიდან ნაადრევად დასრულდა 62 შემთხვევაში (64,2%).

დასკვნა. მიღებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ მაღალი რისკის ორსულებში ნაადრევი მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის მაღალი რისკის ორსულებში ერთი ან მეტი მშობიარობით ანამნეზში, ერთი ნაყოფით რეკომენდირებულია დროული გამოვლენა ამ მაღალი რისკის, საშ-

ვილოსნოს ყელის ვაგინალური ულტრასონოგრაფიით საშვილოსნოს ყელის სიგრძის სკრინიგი 18 კვირიდან \leq 24 კვირის ჩათვლით, ამ ორსულობის ვადაში ყელის სიგრძე \leq 25მმ შემთხვევაში ჩაუტარდეს საშვილოსნოს ყელის სერკლიაჟი. ყელის რისკს ორსულობის 18 კვირიდან 35 კვირის ჩათვლით დაენიშნოს ვაგინალური პროგესტერონი. მაშასადამე ადექვატური პრევენციული ღონისძიებები მინიმალურია: პროგესტერონი და საშვილოსნოს ყელის სერკლიაჟი ჩვენების მიხედვით.

ლიტერატურა

- Ohuma, E., Molloy, A.B., Braolley, E. 2023. *National regional and worldwide estimates of preterm birth in 2020: A systematic analysis* hancet 2023, <https://who.int/news-zoom/fact-sheets/preterm-birth>.
- NW-Preterm-Birth guideline – Final V1-April 2023.
- Norwitz, Errol R. 2023. “Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm labor and birth”, Uptodate 2023.
- Berghella, Vincenzo. 2023. *Short cervix before 24 weeks: Screening and management in singleton pregnancies*, Uptodate, 2023.
- “Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth”, *Practice Bulletin* N234, 2021.
- Преждевременны роды B03. 2018. <https://int.zu/news-zoom/fact-sheets/preterm-birth>.

Prediction and Prevention of Expected Preterm Birth

Maia Chakvetadze

moambe@atsu.edu.ge

West Georgia Medical Center

Akaki Tsereteli State University

Kutaisi, Georgia

DOI:<https://doi.org/10.52340/atsu.2025.2.26.18>

The aim of the study was to predict the development of preterm birth using simple, reliable, and accessible transvaginal ultrasonography at 18-24 weeks of pregnancy, monitor cervical length, and develop tactics for implementing adequate preventive measures. Clinical observation was conducted on the course of pregnancy and birth in 157 women. Risk factors with high prognostic value for preterm birth include one or more preterm births in the history with singleton pregnancy. For predicting expected preterm birth, we used an accessible and simple method of transvaginal ultrasonography, accurate, scrupulous determination of cervical length at 18-24 weeks of pregnancy every 2 weeks, with cervical length ≤ 25 mm as the threshold for initiating treatment. Adequate preventive measures included minimal interventions - vaginal progesterone from 18 to 35 weeks and cervical cerclage up to 24 weeks of pregnancy in cases of cervical shortening ≤ 25 mm. Thus, these simple, accessible, technically correctly performed preventive measures significantly reduced the frequency of preterm births, particularly up to 32 weeks of pregnancy.

Keywords: pregnancy, childbirth; risk-factor, vaginal ultrasound, cerclage

Despite improvements in perinatal care, preterm birth remains the leading cause of neonatal morbidity and mortality.

According to the World Health Organization, annually 15 million newborns are born prematurely (before 20-36 weeks), of which 1 million newborns die due to complications of preterm birth, such as respiratory distress syndrome (RDS), intraventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis, and others. Many surviving prematurely born children remain disabled for life, with mental, visual, and hearing problems.

According to the latest literature and guidelines, since there is no effective treatment for postponement of preterm birth, priority is given to prognostic strategies to prevent the development of preterm birth.

In recent years, the main prognostic and diagnostic method for preterm birth has been transvaginal or translabial (between the labia) cervicometry in

the second trimester of pregnancy (at 16-24 weeks). The cervical length determined by this method is a basic and sensitive prognostic criterion for expected preterm birth, especially in high-risk patients who have a history of one or more preterm births with one live fetus at 22-36 weeks gestation.

The aim of the study is to predict the development of preterm birth using simple, reliable, and accessible transvaginal ultrasonography by monitoring cervical length at 18-24 weeks and developing tactics for adequate preventive measures.

The course of gestation and childbirth in women aged 19-42 years was studied. The course of pregnancy and childbirth of 33 women under antenatal care at the West Georgia Medical Center, who had a history of one or more preterm births with one live fetus from 22 to 36 weeks, 69 outpatients in the second-third trimester of gestation, and 55 pregnant women were under stationary examination and treatment.

All pregnant women gave birth in our clinic. Antenatal care histories of pregnant women, mothers, and newborn hospital records were used, and the histories of 157 women from 2023 to 2025 were analyzed.

Ultrasound examination was performed using a Philips ClearVue 550 V device.

The pregnancy outcomes of women in the first and second groups

Pregnancy outcomes	I group n=62		II group n=95	
	Abs.	%	Abs.	%
The births with full-term newborn 37-40 weeks and up to 6 days	42	67,7	33	34,7
The births with premature newborn from 22 weeks - up to 32 weeks	3	4,8	14	14,7
The births with premature newborn from 32 weeks - up to 36 weeks	17	27.4	48	50,5

Patients at high risk for expected preterm birth - with a history of one or more preterm births with one live fetus from 22 weeks to 36 weeks 6 days - were divided into two groups:

Group I: 62 pregnant women who underwent selective screening of cervical length every 2 weeks from 18 weeks to 24 weeks gestation and targeted preventive measures, including vaginal progesterone and cervical cerclage.

Cervical cerclage was performed in 4 pregnant women (6.4%) at 19-22 weeks gestation.

Cervical length measurement was performed only by the vaginal method, since transabdominally determined cervical length often gives artificial cervical lengthening and therefore has a high frequency of false negative results.

In Group I, in addition to ultrasonographic monitoring of cervical length and initiation of preventive interventions, a cervical cerclage procedure was provided (according to indications: cervical length \leq 25mm, dilatation \geq 10mm) up to \leq 24 weeks of pregnancy. From 18 weeks, regardless of cervical length, all pregnant women were prescribed vaginal progesterone 200mg until 35 weeks gestation.

20 pregnant women whose pregnancies ended prematurely before 34 weeks received RDS prophylaxis with dexamethasone; 3 pregnant women received intravenous magnesium sulfate for neuroprotection during childbirth.

Group II: 95 pregnant women who did not undergo selective cervical length screening and were not prescribed vaginal progesterone from 18 weeks. Only when clinically expressed symptoms developed, such as cramping-type pain in the lower abdomen, a feeling of pressure, and other complaints, was cervical length measurement performed mostly by the vaginal method and rarely (in three cases by transabdominal echosonography), and treatment. These 95 pregnant women were from other obstetric clinics for outpatient ultrasound examination and stationary observation.

In Group II pregnant women, where selective cervical monitoring and corresponding interventions were not performed, only single measurement of cervical length was \leq 30mm, with already expressed clinical symptomatology, tocolysis was performed with nifedipine and magnesium sulfate for neuroprotection up to 32 weeks during childbirth.

From Group II pregnant women, who were on inpatient treatment with expressed clinical indications (cervical length \leq 20mm or less, pregnancy term up to 24 weeks), cervical cerclage was performed in 2 (2.1%) pregnant women at 20-22 weeks gestation. Vaginal progesterone 200mg once daily was started and continued until 35 weeks.

Statistical processing of data was performed using the Excel software package. Evaluation was performed using Student's t-criterion.

Results and Discussion. As a result of the study, in pregnant women with high prognostic value risk factor - history of preterm birth, selective transvaginal ultrasonographic cervical length screening from 18-24 weeks to determine the threshold indicator for initiating preventive interventions (cervical length $\leq 25\text{mm}$), adequate preventive measures including progesterone administration from 18 weeks of pregnancy and cerclage placement up to 24 weeks in case of progressive cervical shortening, proved to be the most effective in reducing the frequency of preterm birth, compared to single cervical length determination in pregnant women with expressed clinical symptomatology and attempts at treatment for postponing labor.

The study results are consistent with contemporary authors who note that a high risk factor for preterm birth is a history of one or more preterm births with a single fetus.

Timely identification of this risk factor and planning/implementation of preventive interventions ensures reduction in the frequency of preterm birth.

One of the most reliable, accessible, and simple methods for prognosis is transvaginal ultrasound determination of cervical length.

However, it should be noted that transvaginal cervical length determination should be performed with observance of all techniques so that incorrect cervicometry may cause intervention - cerclage without indication.

Also, almost all researchers agree that the use of vaginal progesterone in high-risk pregnant women from 18 weeks significantly reduces the risk of preterm birth development, and if cervical shortening progresses despite progesterone use, only up to ≤ 24 weeks of pregnancy, cervical length $\leq 25\text{mm}$, singleton pregnancy, intact membranes, and cervical cerclage are recommended.

Postponement of births in the presence of symptoms with tocolytics in most cases provides 24-48 hours of pregnancy prolongation, and in our case, pregnancy ended prematurely in 62 cases (64.2%) out of 95 patients.

Conclusion. Therefore, our obtained data clearly shows that in high-risk pregnant women with expected preterm birth with a high risk of one or more births in history with a single fetus, timely identification of this high risk is recommended. Cervical length screening by vaginal ultrasonography from 18 weeks to ≤ 24 weeks inclusive, in cases where cervical length $\leq 25\text{mm}$ during this pregnancy term, cervical cerclage should be performed. For cervical risk

მ. ჩაკვობაძე

from 18 weeks to 35 weeks of pregnancy, vaginal progesterone should be prescribed. Therefore, adequate preventive measures are minimal: progesterone and cervical cerclage according to indications.