**Преждевременные роды**

Трифонова Е.В.

По клиническому течению преждевременные роды делятся на угрожающие и начавшиеся. Угрожающие преждевременные роды характеризуются болями в пояснице и в нижних отделах живота. Возбудимость и тонус матки повышены. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. Сердцебиение плода не страдает. При начавшихся преждевременных родах боли усиливаются, приобретают схваткообразный характер. При влагалищном исследовании отмечаются укорочение или сглаживание шейки матки, динамика раскрытия шейки матки, часто наблюдается излитие околоплодных вод.

В зависимости от сложившейся акушерской ситуации придерживаются консервативно-выжидательной или активной тактики ведения при недоношенной беременности.

Консервативно-выжидательная тактика (пролонгирование беременности) показана при сроке беременности до 36 недель, целом плодном пузыре, хорошем состоянии матери и плода, раскрытии шейки матки до 2-4 см, при отсутствии признаков инфекции, регулярной родовой деятельности и тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии.

При этом лечение должно быть комплексным и направленным на снижение возбудимости и подавление сократительной деятельности матки. Обязателен постельный режим, используются седативные средства, в качестве спазмолитиков применяют но-шпу, баралгин, папаверин.

В качестве средств, снижающих активность матки, используются раствор магния сульфата (10 мл 25 % раствора + 5 мл 0,25 % новокаина), витамин В6, бета-адреномиметики (алупент, партусистен, тербуталин), этанол, антагонисты кальция (нифедипин, изоптин).

Необходимо проведение профилактики респираторного дистресс-синдрома у новорожденных назначением глюкокортикоидных препаратов, которые способствуют синтезу сурфактанта. При противопоказаниях к глюкокортикоидной терапии с этой целью возможно применение лазольвана (амбраксола).

Если пролонгирование беременности невозможно в силу акушерской ситуации или неэффективности терапии, то в ведении родов необходим тщательный контроль за динамикой раскрытия шейки матки, характером родовой деятельности, вставлением и продвижением предлежащей части плода, его состоянием.

Необходимо применять спазмолитики и адекватное обезболивание без наркотических анальгетиков. При слабости родовой деятельности в/в капельно вводят окситоцин (2,5 ЕД) и простагландин F2 (2,5 мг) в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида под тщательным контролем кардиотокографии.

При стремительных или быстрых родах используют токолитики или магния сульфат. Принцип профилактики родового травматизма плода в периоде изгнания заключается в ведении родов без защиты промежности.

Родоразрешение путем операции кесарева сечения при пеждевременных родах проводят по показаниям.

Различают истинное (биологическое) и мнимое (физиологическое) перенашивание беременности. Истинная переношенная беременность - это беременность, которая продолжается более 42 недель (294 дней) и более после первого дня последней менструации, заканчивается рождением плода с признаками переношености и патологическими изменениями в плаценте.

Пролонгированной, или физиологически удлиненной, считают беременность, которая продолжается более 42 недель и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка.

Главными этиологическими факторами, ведущими к перенашиванию беременности, являются функциональные сдвиги в ЦНС, вегетативные и эндокринные нарушения в организме беременной женщины. При переношенной беременности отмечается изменение уровня эстрогенов, гестагенов, кортикостероидов, хорионического гонадотропина, плацентарного лактогена, окситоцина, ацетилхолина, катехоламинов, серотонина, кининов, гистамина, простагландинов, ферментов, электролитов, микроэлементов, витаминов и других веществ, изменяется соотношение между ионами калия, натрия, кальция, магния. Имеет значение также генетический фактор.