**Передчасні пологи**

Передчасне розродження є однією з невідкладних проблем медицини. Їх профілактика і, по можливості, лікування, є однією з найважливіших частин акушерського догляду. Наслідки передчасного розродження тим частіше і серйозніші, чим менший гестаційний вік новонародженого. Новонароджені, що народилися передчасно, можуть бути з малою або відповідною до терміну гестації масою тіла. Перинатальна смертність для недоношених новонароджених із затримкою внутрішньоутробного розвитку в 40 разів перевищує таку серед доношених дітей з нормальною масою тіла.

Найбільш поширеними ускладненнями передчасних пологів для новонароджених є респіраторний дистрес-синдром ( РДС-синдром, хвороба гіалінових мембран), інтракраніальні кровотечі, некротизуючий коліт, сепсис, судоми. Частота дитячого церебрального паралічу в 10 разів і розумової відсталості в 5 разів перевищує таку серед доношених новонароджених. Розлади слуху, зору, емоціональна лабільність і соціальна дезадаптація далеко перевищують ці ускладнення у зрілих дітей. Тому за відсутності протипоказань слід намагатися продовжувати внутрішньоутробний розвиток плода.

На підставі цих наслідків передчасних пологів важливо розрізняти поняття “новонароджений з малою масою тіла” і “незрілий” новонароджений. Поняття “незрілий” відображує гестаційний вік, в той час як “мала маса тіла” базується лише на показниках маси тіла (звичайно < 2500 г). Так, наприклад, новонароджений з ЗВРП від матері з гіпертензією може мати масу тіла до 2500 г в термін 40 тижнів. Такий новонароджений з малою масою тіла не буде вважатися недоношеним і буде зазнавати лише впливу малої маси тіла і материнської гіпертензії, але не передчасних пологів. З іншого боку, новонароджений від матері з цукровим діабетом може народитися передчасно з масою 2500 г і більше і мати великий ризик перинатальної захворюваності, пов’язаної з передчасними пологами.

**Передчасні пологи** - розродження між 28 і 36 тижнями гестації. Новонароджені з масою тіла < 500 г ( віком < 20 тижнів гестації) вважаються плодами (абортусами).

В клінічній практиці часто дуже нелегко визначити справжній початок передчасних пологів. З’ясування цього моменту є вирішальним в ранньому початку терапії, що сприяє її ефективності і припиненню передчасних пологів. Очікуючи змін “зрілості” і розкриття шийки матки для встановлення точного діагнозу, можна втратити час для успішної терапії. Маткова активність, не пов’язана з передчасними пологами, може бути спричинена дегідрацією або інфекцією сечовивідних шляхів. Відповідне лікування в цих випадках приводить до припинення скоротливої діяльності матки.

**Етіологія і профілактика передчасних пологів**. З передчасними пологами пов’язана велика кількість причин і факторів ризику.

Основні стани, пов’язані з передчасними пологами:

1. Інфекції амніотичної рідини.
2. Спонтанний розрив плодових оболонок.
3. Попередні передчасні пологи або пізні аборти.
4. Перерозтягнення матки.
5. Смерть плода.
6. Некомпетентність шийки матки (істмікоцервікальна недостатність).
7. Аномалії розвитку матки.
8. Порушення плацентації.
9. Системні материнські хвороби.
10. Ятрогенна індукція пологів.
11. Невідомі причини.

На жаль, в більшості випадків передчасні пологи є ідіоматичними, тобто причина їх залишаеться невідомою. Для виявлення ранніх ознак і симптомів передчасних пологів дуже важливою є ідентифікація пацієнток з високим ризиком їх розвитку. Це дозволяє проводити профілактику передчасних пологів або лікувати їх на початковій стадії, запобігаючи народженню недоношених дітей. Передчасні пологи при минулих вагітностях є найважливішим фактором ризику для повторнородящих жінок.

Фактори ризику передчасних пологів:

* Соціально-економічний статус
* Перебіг минулих вагітностей:

спонтанні аборти в II триместрі

пієлонефрит

інтервал між пологами < 1 року

передчасні пологи при попередніх вагітностях

* Перебіг даної вагітності

вагінальна кровотеча в II триместрі

дилятація внутрішнього зіву шийки матки

велика фіброміома матки

* Відповідно до початку перинатального догляду, оцінка в терміні 24-28 тижнів. Ризик передчасних пологів: високий 10 і більше;

середній 6-9;

низький 5 і менше.

**Клінічні симптоми** передчасних пологів включають частіше болючі, ніж безболісні скорочення матки, що приводять до структурних змін шийки (пом’якшення, розкриття і згладжування ) і супроводжуються тупим або спазмоподібним болем або напругою в животі, в тазу, попереку; збільшенням або зміною характеру вагінальних виділень. А також відродження навколоплідних вод.

**Обстеження** вагітної з симптомами передчасних пологів повинно бути негайним і ретельним. Зовнішній моніторинг скоротливої активності матки може допомогти в оцінці частоти і тривалості маткових скорочень але, на жаль, не може визначити їх ефективність.

Стан *шийки матки* визначають при огляді її в дзеркалах і за допомогою пальцевого дослідження.

Зміни консистенції, згладжування і розкриття шийки матки дуже важливі для встановлення діагнозу передчасних пологів і оцінки ефективності терапії.

*Лабораторні дослідження* включають загальний аналіз крові, сечі, сироваткові електроліти, рівень глюкози, бактеріологічне дослідження сечі і цервікальних виділень.

Ультразвукове дослідження може бути корисним для визначення гестаційного віку, маси плода, об’єму амніотичної рідини, аномалій розвитку, передлежання плода, локалізації і стану плаценти. Передчасний розрив плодових оболонок з втратою амніотичної рідини може передувати передчасним пологам і не бути поміченим вагітною.

**Ведення і лікування вагітних з передчасними пологами.**

Метою лікування вагітних з передчасними пологами є їх відкладення, по можливості, до досягнення зрілості легенів плода. Лікування включає два основних завдання:

1. визначення і лікування розладів, пов’язаних з передчасними пологами;
2. лікування самих передчасних пологів.

Хоча більш ніж у 50 % вагітних з передчасними скороченнями матки аномальна маткова активність припиняється спонтанно, це ускладнення потребує детальної оцінки і лікування. Так, спочатку спостереження досить складно визначити характер активності матки ( фізіологічний чи патологічний). Інколи також складно встановити, внаслідок лікування чи спонтанно припиняється така патологічна активність матки.

Враховуючи, що дегідратація може призводити до збільшення чутливості матки, терапія передчасних пологів завжди починається з внутрішньовенної гідратації та ліжкового режиму. У значної частини пацієнток лише одна гідратаційна терапія викликає припинення маткових скорочень. Важливим етапом є седативна терапія (валеріана, мазепам, седуксен). При неефективності зазначених заходів застосовують токоліз :сульфат магнію,бета-адреноміметики (Бриканіл, Партусистен, Алупент, Ритодрин), інгібітори простагландинсинтетази (індометацин).

Протипоказання до токолізу включають прогресуючі пологи, зрілість плода, вади його розвитку, внутрішньоматкову інфекцію, значну вагінальну кровотечу, інші соматичні та акушерські ускладнення, при яких шкідливі ефекти токолізу можуть посилюватись.

Відносні протипоказання до стримування пологів:

* зрілий плід
* можливі летальні вади плода
* смерть плода
* дистрес плода ( включаючи розвиток його під час токолізу )
* хоріоамніоніт
* розрив плодових оболонок
* випинання плодового міхура
* розкриття шийки матки > 4 см і згладжування > 80 %
* полігідрамніон
* еритробластоз плода
* тяжка затримка внутрішньоутробного розвитку плода
* тяжка гіпертензія, викликана вагітністю
* респіраторні та серцеві хвороби матері ( набряк легенів, серцева недостатність )
* кровотечі у матері ( передлежання або відшарування плаценти, дисемінована внутрішньосудинна коагуляція.

В термін 28-32 тижні вагітності лікування вагітних з передчасними пологами повинно включати призначення стероїдів ( бетаметазон, дексаметазон ), котрі можуть сприяти підвищенню зрілості легенів плода.

**Розродження при передчасних пологах.** З відсутності ефекту від токолізу або протипоказання до останнього постає питання передчасного розродження. Проблема полягає в тому, що чим більш незрілим є плід, тим більший ризик існує для нього при пологах. Сідничне перед лежання, яке є звичайним для недоношеного плода, набагато збільшує ризик при розродженні.

**Основні принципи ведення передчасних пологів** будуть такими :

1. Не слід надмірно посилювати пологи при необхідності їх індукції.
2. При спонтанних або індукованих пологах слід проводити моніторинг серцевої діяльності плода негайно виявляти аномалії маткової активності, серцевого ритму.
3. За відсутності релаксації м’яких пологових шляхів при досягненні голівкою плода промежини проводиться епізіотомія або перінеотомія.
4. Акушерка повинна пом’ятати, що не можна проводити захист промежини, щоб уникнути травми плоду.
5. Вихідні щипці відповідного розміру застосовуються лише під адекватною анестезією і при безуспішності зусиль, спрямованих на вільну експульсію плода. Щипці не повинні застосовуватись для протягнення плода через піхву і міцну промежину.

**Перелік використаної літератури.**

1. В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський “ Акушерство і гінекологія “

2. Л.Б. Маркін, В.І. Пирогов “ Вагітність та пологи “

3. А.В. Жарких, Є.П. Гребенніков, В.О. Залізняк “ Акушерство і гінекологія “