

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ (НЕВЫНАШИВАНИЕ)

РАБОТУ ВЫПОЛНИЛА ВАЖЕНИНА
ЕКАТЕРИНА ОЛЕГОВНА

СТУДЕНТ 4 КУРСА 1
МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА Л1-
С-О-174А ГРУППЫ



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

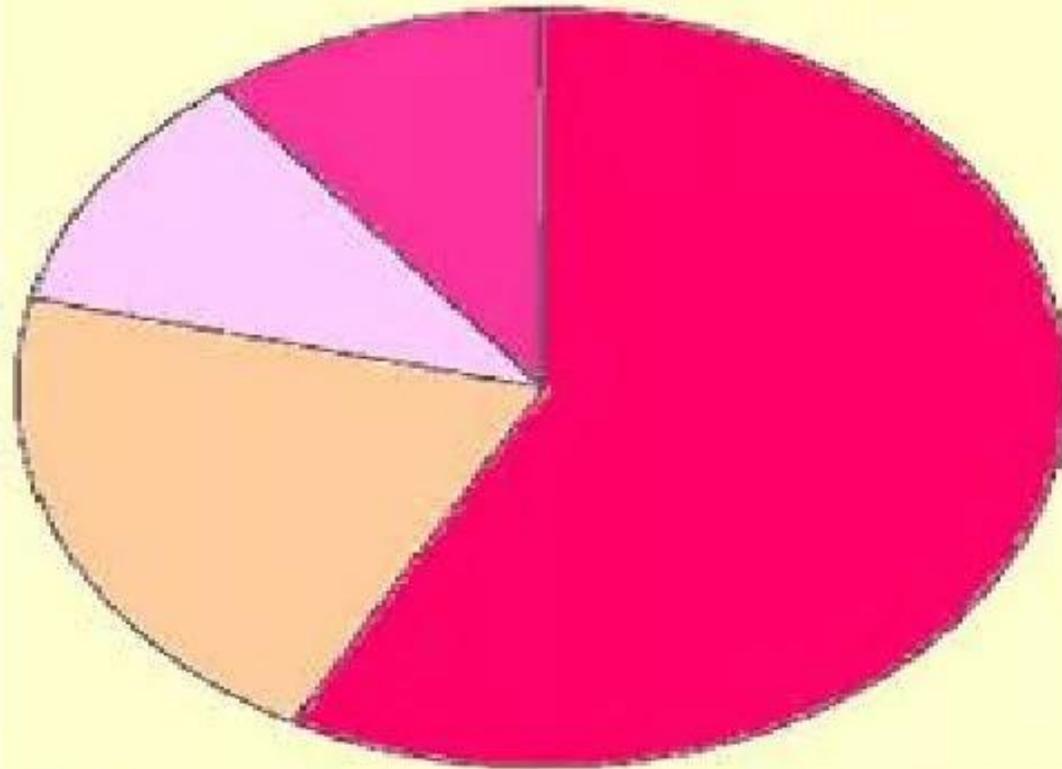
- НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ - САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКИ ДО 37 НЕД. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКИ ДО 22 НЕД НАЗЫВАЮТ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ АБОРТОМ (ВЫКИДЫШЕМ), А В СРОКИ 28-37 НЕД -
- ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ. ОСОБО ВЫДЕЛЯЮТСЯ СРОКИ ОТ 22 ДО 28 НЕД, ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ КОТОРЫХ ЗА РУБЕЖОМ ОТНОСЯТ К РОДАМ, А В НАШЕЙ СТРАНЕ - К ПОЗДНИМ АБОРТАМ, ЕСЛИ РОЖДАЕТСЯ МЕРТВЫЙ ПЛОД. ЕСЛИ РОДИВШИЙСЯ В ЭТИ СРОКИ ГЕСТАЦИИ ПЛОД ПРОЖИВАЕТ 7 ДНЕЙ, ЕГО РЕГИСТРИРУЮТ КАК ЖИВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА.

• ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ИСКУССТВЕННЫМ: ДО 28 НЕД - ИСКУССТВЕННЫЙ АБОРТ, ПОСЛЕ 28 НЕД - ИСКУССТВЕННО ВЫЗВАННЫЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ, РАЗЛИЧАЮТ АБОРТ В РАННИЕ СРОКИ (ДО 12 НЕД) И В ПОЗДНИЕ СРОКИ (ОТ 13 ДО 27 НЕД). ПОМИМО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО И ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА, БЫВАЕТ АБОРТ НЕСОСТОЯВШИЙСЯ, КРИМИНАЛЬНЫЙ И СЕПТИЧЕСКИЙ. ВЫДЕЛЯЮТ ТАКЖЕ ПОНЯТИЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ.

Основные причины Невынашивания беременности



Привычное невынашивание беременности



- Иммунологические факторы и нарушения гемостаза (тромбофилии)
- Эндокринные факторы
- Анатомические факторы
- Хромосомные и другие генетические нарушения

Основные медицинские причины невынашивания беременности

(R. Bick et al., 2002, Долгушина Н.В., Макацария А.Д., 2004, Подзолкова Н.М. и соавт., 2006 и др.)



- НА ПРОТЯЖЕНИИ МНОГИХ ДЕСЯТКОВ ЛЕТ НЕВЫНАШИВАНИЕ И НЕДОНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ПРИЗНАВАЛИ СЕРЬЕЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И НАЗЫВАЛИ ПРОСТЫМ СТЕЧЕНИЕМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ. ДОВОЛЬНО ЧАСТО СЛУЧАИ НЕПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШЕЙ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В МЕДИЦИНЕ ОБЪЯСНЯЛИ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ. НО В ЦЕЛОМ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПОЗВОЛЯЮТ ГОВОРИТЬ О ТОМ, ЧТО В ЕЕ ОСНОВЕ МОЖЕТ БЫТЬ ЦЕЛЫЙ КОМПЛЕКС СПЕЦИФИЧЕСКИХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ.

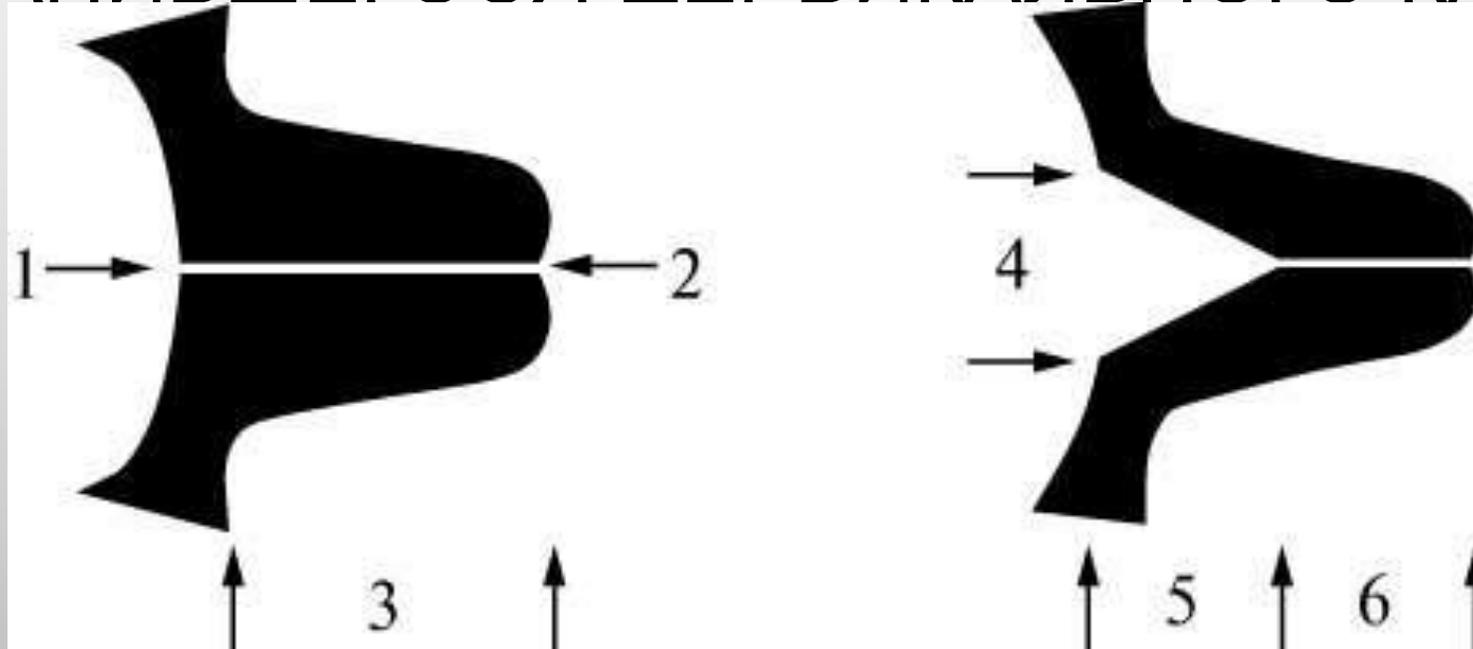
- ВРЕДНЫЕ ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ (ВЛИЯНИЕ РАДИОАКТИВНЫХ И ТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ЭКОЛОГИЯ И Т.Д.);
- СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (НЕПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, КУРЕНИЕ, ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ, НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, ПОСТОЯННЫЕ СТРЕССЫ, СЛОЖНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ);
- НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ (ПАТОЛОГИИ МАТКИ, ИНФЕКЦИИ, ОПУХОЛИ, ГИПЕРФУНКЦИЯ ЯИЧНИКОВ И Т.Д.);
- ДАННЫЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА (ВОЗРАСТ МАТЕРИ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ);



АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ

- ВПР МАТКИ (ПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ МАТКИ, ДВУРОГАЯ, СЕДЛОВИДНАЯ, ОДНОРОГАЯ МАТКА, ЧАСТИЧНАЯ ИЛИ ПОЛНАЯ ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПЕРЕГОРОДКА)
- ПРИОБРЕТЁННЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ (ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СИНЕХИИ — СИНДРОМ АШЕРМАНА, СУБМУКОЗНАЯ МИОМА МАТКИ)
- ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ИЦН) ЧАСТОТА АНАТОМИЧЕСКИХ АНОМАЛИЙ У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ ВАРЬИРУЕТ В ПРЕДЕЛАХ 10-16%

1 СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ В НОРМЕ (А) И ПРИ
ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
(Б). 1 - ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ; 2 - НАРУЖНЫЙ ЗЕВ; 3 -
ДЛИНА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА; 4 - ШИРИНА V-
ОБРАЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА;
5 - ГЛУБИНА V-ОБРАЗНОГО РАСШИРЕНИЯ
ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА; 6 - ДЛИНА
СОХРАНИВШЕГОСЯ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА



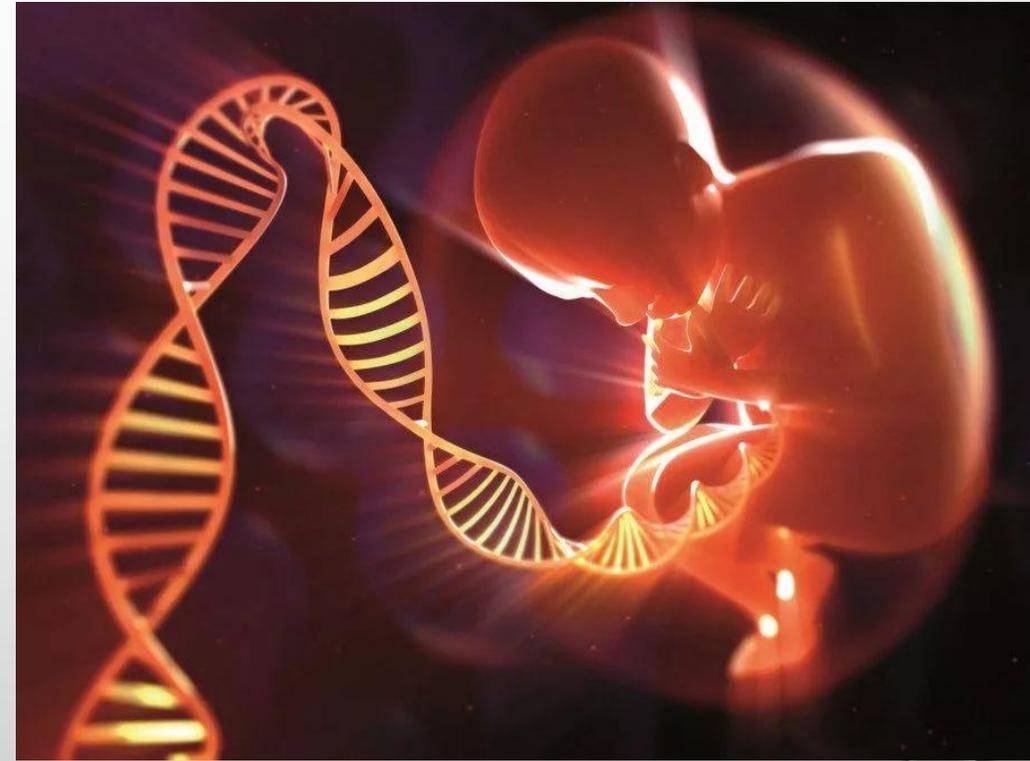
ИНФЕКЦИОННЫЕ ПРИЧИНЫ

- ТОКСОПЛАЗМОЗ;
- УРЕАПЛАЗМОЗ;
- ЦИТОМЕГАЛОВИРУС;
- ВИРУС ГЕРПЕСА;
- ХЛАМИДИОЗ.



ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ

- ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ (ВНУТРИХРОМОСОМНЫЕ И МЕЖХРОМОСОМНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХРОМОСОМ) ОБУСЛОВЛЕННЫ 3-6% СЛУЧАЕВ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ. У 7% ОБСЛЕДУЕМЫХ ВЫЯВЛЯЮТ СБАЛАНСИРОВАННЫЕ ХРОМОСОМНЫЕ ПЕРЕСТРОЙКИ (ЧАЩЕ РЕЦИПРОКНЫЕ ТРАНСЛОКАЦИИ), ПРИ КОТОРЫХ СЕГМЕНТ ОДНОЙ ХРОМОСОМЫ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА МЕСТЕ ДРУГОГО СЕГМЕНТА НЕГОМОЛОГИЧНОЙ ХРОМОСОМЫ, А ТАКЖЕ МОЗАИЦИЗМ ПОЛОВЫХ ХРОМОСОМ, ИНВЕРСИИ И ХРОМОСОМЫ В ВИДЕ КОЛЬЦА



- ПРИ НАЛИЧИИ ПОДОБНЫХ ПЕРЕСТРОЕК ПРИ МЕЙОЗЕ ЗАТРУДНЕННЫ ПРОЦЕССЫ СПАРИВАНИЯ И РАЗДЕЛЕНИЯ ХРОМОСОМ, ПРОИСХОДИТ УТРАТА (ДЕЛЕЦИЯ) ИЛИ УДВОЕНИЕ (ДУПЛИКАЦИЯ) УЧАСТКОВ ХРОМОСОМ В ГАМЕТАХ. В РЕЗУЛЬТАТЕ ФОРМИРУЮТСЯ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ НЕСБАЛАНСИРОВАННЫЕ ХРОМОСОМНЫЕ ПЕРЕСТРОЙКИ, ПРИ КОТОРЫХ ЭМБРИОН ЛИБО НЕЖИЗНЕСПОСОБЕН, ЛИБО БЫВАЕТ НОСИТЕЛЕМ ТЯЖЁЛОЙ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ. ВЕРОЯТНОСТЬ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С НЕСБАЛАНСИРОВАННЫМИ ХРОМОСОМНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПРИ НАЛИЧИИ В КАРИОТИПЕ ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ СБАЛАНСИРОВАННЫХ ХРОМОСОМНЫХ ПЕРЕСТРОЕК

ЭНДОКРИННЫЕ ПРИЧИНЫ

- УГРОЗА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ РЕДКО НАСТАЕТ ИЗ-ЗА НАРУШЕНИЙ В ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЕ. ЧАЩЕ ВСЕГО В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ГОВОРЯТ О НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ (НЛФ), Т.Е. О НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ ВЛИЯНИИ ПРОГЕСТЕРОНА. ПРОГЕСТЕРОН ИГРАЕТ ПЕРВОСТЕПЕННУЮ РОЛЬ В ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА К МАТКЕ И ОКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИМОЕ ВЛИЯНИЕ НА БЕРЕМЕННОСТЬ, ИМЕННО ПОЭТОМУ ЕГО НЕХВАТКА ПРОВОЦИРУЕТ СПОРАДИЧЕСКИЙ АБОРТ НА РАННЕМ СРОКЕ.

- К числу причин эндокринного характера относят и гиперандрогению – стремительное увеличение числа андрогенов, которое, с одной стороны, может привести к плацентарной недостаточности, а с другой – спровоцировать гибель зародыша.

- ТАКЖЕ ПРОБЛЕМЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ДИАБЕТОМ. НО ПРИ НАДЛЕЖАЩЕЙ ТЕРАПИИ И КОРРЕКТИРОВКЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА ДАННЫЕ НАРУШЕНИЯ НЕ МОГУТ СТАТЬ ФАКТОРАМИ СРЫВА БЕРЕМЕННОСТИ



СТАТИСТИКА

- СОГЛАСНО МИРОВОЙ СТАТИСТИКЕ, ДАННЫЙ ДИАГНОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ У 18-20% ПАЦИЕНТОК, ЖЕЛАЮЩИХ ЗАБЕРЕМЕНЕТЬ. ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ ПОДОБНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ 50%, ВО ВТОРОМ – 25%, В ТРЕТЬЕМ – 30%. ПРИ ЭТОМ САМОЕ ВЫСОКОЕ ЧИСЛО СРЫВОВ ПРИХОДИТСЯ НА ПЕРВЫЕ 6-8 АКУШЕРСКИХ НЕДЕЛЬ, КОГДА ФОРМИРУЮТСЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ СИСТЕМЫ И ОРГАНЫ ПЛОДА.
- СТАТИСТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РОССИИ ТВЕРДИТ, ЧТО СО СТОЛЬ СЛОЖНОЙ ПРОБЛЕМОЙ НА РАЗНЫХ СРОКАХ СТАЛКИВАЕТСЯ 15-23% ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА. ПО ДАННЫМ ГИНЕКОЛОГОВ РФ, 80% НЕУДАЧНЫХ

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ВОЗ

- В ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ ОБЩЕПРИЗНАННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ВОЗ. В ЕЕ ОСНОВЕ ЛЕЖИТ ТАКОЙ КРИТЕРИЙ, КАК СРОК, НА КОТОРОМ ЖЕНЩИНА ПОТЕРЯЛА ПЛОД.
- 1. САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ ВЫКИДЫШИ — ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДО 22 НЕД
- 2. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ С 22 ДО 37 ПОЛНЫХ НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ С МАССОЙ ПЛОДА ОТ 500 Г (22-27 НЕД — ОЧЕНЬ РАННИЕ, 28-33 НЕД — РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, 34-37 НЕД - ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ).

• В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗ РФ № 318 ОТ 1992 Г. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ — РОДЫ, ПРОИЗОШЕДШИЕ НА СРОКЕ ОТ 28 ДО 37 НЕД БЕРЕМЕННОСТИ (196-259 ДНЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, СЧИТАЯ ОТ ПЕРВОГО ДНЯ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ). РЕГИСТРАЦИИ В ОРГАНАХ ЗАГСА ПОДЛЕЖАТ ВСЕ НОВОРОЖДЁННЫЕ, РОДИВШИЕСЯ ЖИВЫМИ ИЛИ МЁРТВЫМИ С МАССОЙ ТЕЛА 1000 Г И БОЛЕЕ (В СЛУЧАЕ НЕИЗВЕСТНОЙ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ, РЕГИСТРАЦИИ ПОДЛЕЖАТ НОВОРОЖДЁННЫЕ С ДЛИНОЙ ТЕЛА 35 СМ И БОЛЕЕ), ВКЛЮЧАЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1000 Г В СЛУЧАЕ МНОГОПЛОДНЫХ РОДОВ.

- САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА СРОКЕ ОТ 22 ДО 27 НЕД БЕРЕМЕННОСТИ В РФ ВЫДЕЛЕНО В ОТДЕЛЬНУЮ КАТЕГОРИЮ, НЕ ОТНОСЯЩУЮСЯ К ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РОДАМ. ВСЕ НОВОРОЖДЁННЫЕ, РОДИВШИЕСЯ С МАССОЙ ТЕЛА ОТ 500 ДО 999 Г, ПОДЛЕЖАТ В ОРГАНАХ ЗАГСА РЕГИСТРАЦИИ В СЛУЧАЯХ, ЕСЛИ ОНИ ПРОЖИЛИ БОЛЕЕ 168 ЧАСОВ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ (7 СУТОК). ЭТО ОБУСЛОВЛИВАЕТ РАЗЛИЧИЯ В СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ АВТОРОВ.

СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ, ПРИНЯТОЙ ВОЗ, НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЕ КАТЕГОРИИ

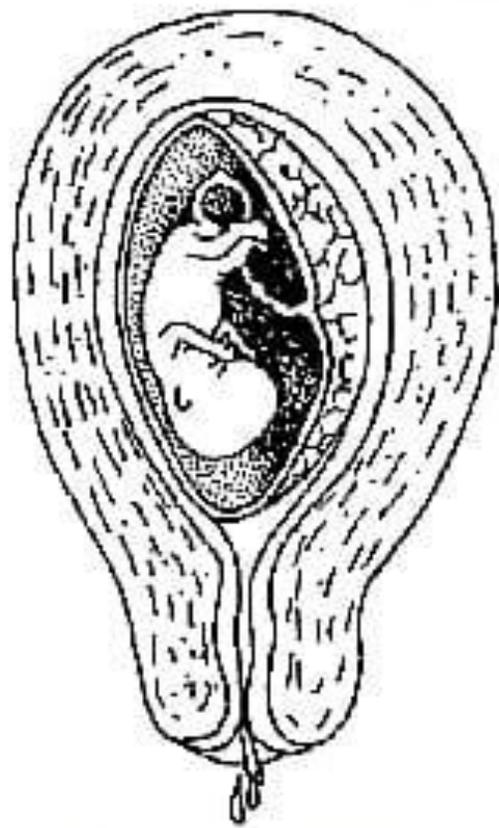
- 1. РАННИЕ ВЫКИДЫШИ (ДО 12 НЕД БЕРЕМЕННОСТИ)
- 2. ПОЗДНИЕ ВЫКИДЫШИ (12-22 НЕД)
- 3. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА СРОКАХ 22-27 НЕД
- 4. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ (С 28 НЕД)..
- 2. САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ — ПОТЕРЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА СРОКЕ ДО 22 НЕД. 3. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ — ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА СРОКЕ С 22 ДО 37 ПОЛНЫХ НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ С МАССОЙ ПЛОДА БОЛЕЕ 500 Г:
- ♦ 22-27 НЕД — ОЧЕНЬ РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ
- ♦ 28-33 НЕД — РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ
- ♦ 34-37 НЕД — ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ
-

АБОРТЫ

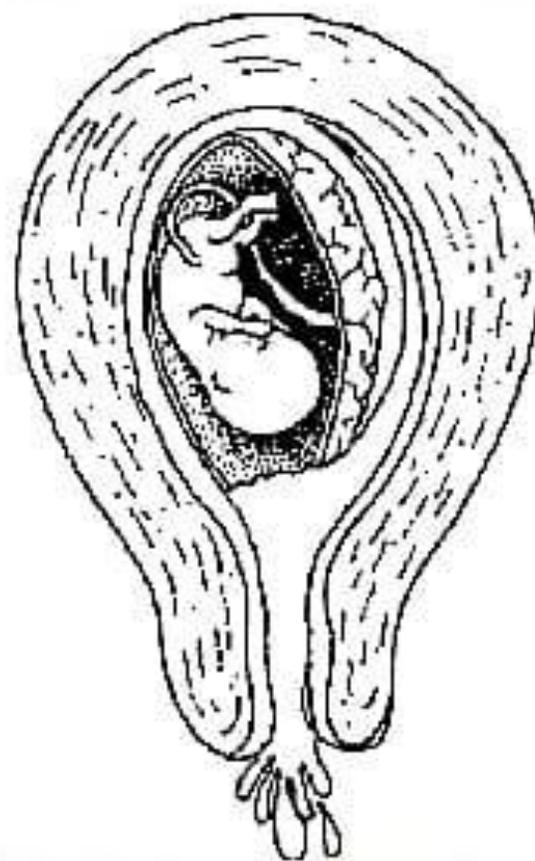
- **УГРОЖАЮЩИЙ АБОРТ** - ПОВЫШЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МАТКИ; ПЛОДНОЕ ЯЙЦО СОХРАНЯЕТ СВЯЗЬ СО СТЕНКОЙ МАТКИ.
- КЛИНИЧЕСКИ УГРОЖАЮЩИЙ АБОРТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОЩУЩЕНИЕМ ТЯЖЕСТИ ИЛИ ТЯНУЩИМИ БОЛЯМИ ВНИЗУ ЖИВОТА И В ОБЛАСТИ КРЕСТЦА. КРОВЯНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ОТСУТСТВУЮТ. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ШЕЙКА МАТКИ СОХРАНЕНА, НАРУЖНЫЙ ЗЕВ МОЖЕТ ПРОПУСКАТЬ КОНЧИК ПАЛЬЦА, ВНУТРЕННИЙ - ЗАКРЫТ, ТОНУС МАТКИ ПОВЫШЕН. ВЕЛИЧИНА МАТКИ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ.

- **НАЧАВШИЙСЯ АБОРТ** - отслойка плодного яйца от стенки матки. появляются кровяные выделения при маточных сокращениях, схваткообразные болевые ощущения в нижних отделах живота, поясничной области. при влагалищном исследовании определяется, что шейка матки сохранена, ее наружный зев закрыт или слегка приоткрыт, величина матки соответствует сроку беременности.
- при угрожающем и начавшемся аборте тест на беременность (в-хг) положительный. при УЗИ в полости матки обнаруживается плодное яйцо, видна отслойка хориальной оболочки.

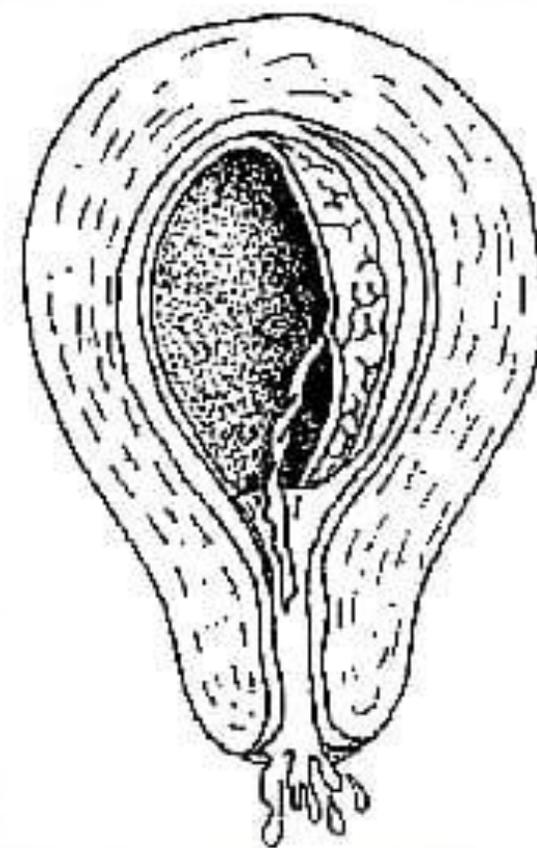
- **АБОРТ В ХОДУ** - ПЛОДНОЕ ЯЙЦО ПОЛНОСТЬЮ ОТСЛАИВАЕТСЯ ОТ СТЕНКИ МАТКИ И ОПУСКАЕТСЯ В ЕЕ НИЖНИЕ ОТДЕЛЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ В ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ.
- ПАЦИЕНТКА ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА И ВЫРАЖЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. В ШЕЕЧНОМ КАНАЛЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПЛОДНОЕ ЯЙЦО, НИЖНИЙ ПОЛЮС КОТОРОГО МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ ВО ВЛАГАЛИЩЕ. АБОРТ В ХОДУ МОЖЕТ ЗАВЕРШИТЬСЯ НЕПОЛНЫМ ИЛИ ПОЛНЫМ АБОРТОМ.



Угрожающий аборт



Начавшийся аборт



Неполный аборт

ИСХОДЫ АБОРТОВ

- **ПРИ НЕПОЛНОМ АБОРТЕ ПОСЛЕ ИЗГНАНИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ПОЛОСТИ МАТКИ НАХОДЯТСЯ ЕГО ОСТАТКИ, ОБЫЧНО ПЛОДНЫЕ ОБОЛОЧКИ И ЧАСТИ ПЛАЦЕНТЫ (ПО ДАННЫМ УЗИ). ТЕСТ НА БЕРЕМЕННОСТЬ (В-ХГ) МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ.**

- **ПОЛНЫЙ АБОРТ** ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПОЛНОМ ИЗГНАНИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА ИЗ МАТКИ. ПРАКТИЧЕСКИ ПОДОБНОЕ СОСТОЯНИЕ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ - В 12-13 НЕД БЕРЕМЕННОСТИ. ДО ЭТОГО СРОКА УВЕРЕННОСТИ В ПОЛНОМ ОПОРОЖНЕНИИ МАТКИ НЕТ. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ШЕЙКА СФОРМИРОВАНА, МАТКА ЛИБО НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ, ЛИБО НЕСКОЛЬКО УВЕЛИЧЕНА. ВЫДЕЛЕНИЯ КРОВЯНИСТЫЕ. ПРИ УЗИ ПОЛОСТЬ МАТКИ ЩЕЛЕВИДНАЯ. В- ХГ В КРОВИ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ. НИКОГДА НЕЛЬЗЯ БЫТЬ УВЕРЕННЫМ В САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ПОЛНОМ ОПОРОЖНЕНИИ МАТКИ, СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ (НЕБОЛЬШОЙ КЮРЕТКОЙ) ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ. ПОСЛЕ 14-15 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ И УВЕРЕННОСТИ В ЦЕЛОСТИ ПОСЛЕДА ВЫСКАБЛИВАНИЕ МАТКИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ.

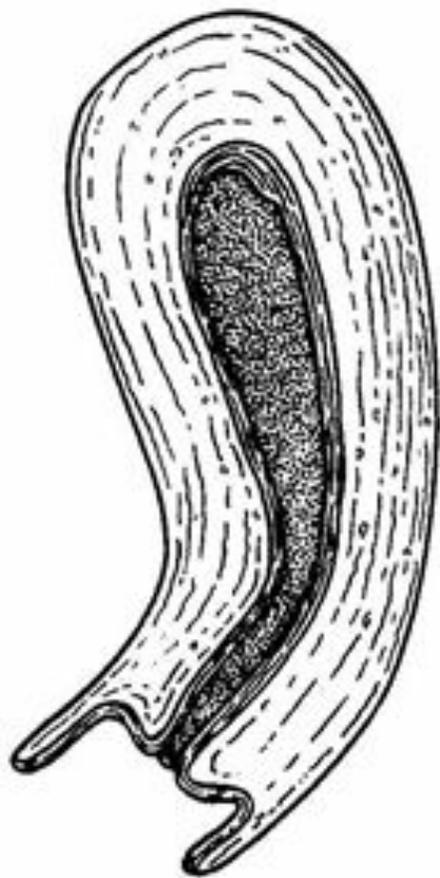
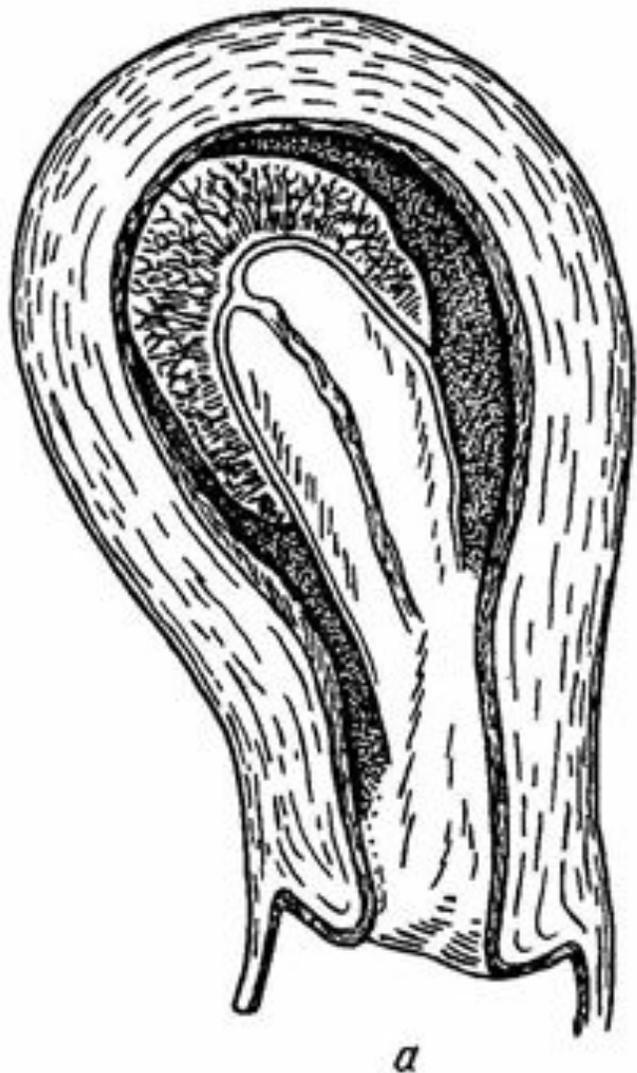


Рис. 168. Неполный аборт.

a – в матке задержались все оболочки; *b* – в матке остатки плодного яйца.

Рис. 169. Полный аборт.

ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ

- ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ - ДВА ВЫКИДЫША ИЛИ ДВОЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И БОЛЕЕ В АНАМНЕЗЕ.



- ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ОБСЛЕДОВАТЬ ДО ПЛАНИРУЕМОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ПРИ ЭТОМ ИССЛЕДУЮТ:
- - СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ ГОРМОНОВ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА РЕПРОДУКЦИЮ (ПРОГЕСТЕРОН, ЭСТРАДИОЛ, ПРОЛАКТИН, АНДРОГЕНЫ);
- - БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС (ПОСЕВ НА ФЛОРУ ИЗ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА, МАРКЕРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ - ЗППП);
- - АНТИТЕЛА К ФОСФОЛИПИДАМ, ВОЛЧАНОЧНЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТ, АНТИСПЕРМАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА;
- - КАРИОТИП СУПРУГОВ, HLA-ТИПИРОВАНИЕ;
- - ГЕМОСТАЗ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЕГО ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ СЧИТАЮТСЯ РОДЫ, ПРОИЗОШЕДШИЕ В СРОК ДО 37 НЕД. ЧАСТОТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ВАРЬИРУЕТ ОТ 6 ДО 15%.
- СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ, В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ ВЫКИДЫШАМИ И РОДАМИ СЧИТАЕТСЯ СРОК 22 НЕД (154 ДНЯ) БЕРЕМЕННОСТИ. РОДЫ, ПРОИЗОШЕДШИЕ С 22 ДО 28 НЕД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ МАССЕ НОВОРОЖДЕННОГО БОЛЕЕ 500 Г, СЧИТАЮТСЯ РАННИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ. ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ИСЧИСЛЯЮТСЯ С ЭТОГО СРОКА. В ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ДО 28 НЕД НЕ ВКЛЮЧАЮТСЯ ПЛОДЫ, ПОГИВШИЕ ОТ

- В РОССИИ РОДЫ СЧИТАЮТСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ С 28 НЕД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ МАССЕ ПЛОДА 1000 Г И БОЛЕЕ. СПОНТАННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В 22-27 НЕД ОТНОСИТСЯ К ПОЗДНИМ ВЫКИДЫШАМ. НЕСМОТРЯ НА ЭТО ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ В УКАЗАННЫЕ СРОКИ С МАССОЙ БОЛЕЕ 500 Г, ОКАЗЫВАЕТСЯ РЕАНИМАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ В УСЛОВИЯХ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА.

- СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ, МАССА ТЕЛА НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО МЕНЕЕ 2000 Г СЧИТАЕТСЯ НИЗКОЙ, МЕНЕЕ 1500 Г - ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И МЕНЕЕ 1000 Г - ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ.

Классификация недоношенности:

Недоношенность	По массе тела	По сроку гестации
1 степень	2001 - 2500 гр.	35 – 37 недель
2 степень	1501 – 2000 гр.	32 – 34 недель
3 степень	1001 – 1500 гр.	33– 31 недель
4 степень	до 1000 гр.	30 – 28 недель

- В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ НАШЕЙ СТРАНЫ СРЕДИ РОЖДЕННЫХ В 23 НЕД ВЫЖИВАЕТ 20%, В 26 НЕД - 60%, В 27-28 НЕД - 80%.
- ВЫЖИВАЕМОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА ОРГАНИЗАЦИЕЙ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ, ПРИМЕНЕНИЕМ СУРФАКТАНТА, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ АППАРАТУРЫ ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ.
- ВЫЖИВАЕМОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ТЕСНО СВЯЗАНА С ИХ ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗВИТИЕМ. У 10-12% ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, РАЗВИВАЮТСЯ ТЯЖЕЛЫЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ (ДЦП), РЕТИНОПАТИИ, НЕРЕДКО БЫВАЕТ ОТСТАВАНИЕ В ФИЗИЧЕСКОМ И УМСТВЕННОМ РАЗВИТИИ.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

- **УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ** проявляются болями в нижней части живота, поясничной области. объективно пальпаторно определяется повышенный тонус матки, который можно регистрировать при гистерографии. при влагалищном исследовании определяется сохраненная шейка, наружный зев может быть закрытым или пропускать кончик пальца.
- **НАЧИНАЮЩИЕСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ** проявляются схваткообразными болями внизу живота, шейка матки укорочена или сглажена. возможно преждевременное излитие околоплодных вод.

- О НАЧАВШИХСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ПОЯВЛЕНИЕ РЕГУЛЯРНЫХ СХВАТОК, СГЛАЖИВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ДО 4 СМ.
- ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ МОГУТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ:
 - - ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД;
 - - ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ, ХОРИОАМНИОНИТОМ, ОСОБЕННО ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ БЕЗВОДНОМ ПРОМЕЖУТКЕ;
 - - АНОМАЛИЯМИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. ПРИ ЭТОМ ОДИНАКОВО ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ КАК СЛАБАЯ, ТАК И ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ;
 - - МОНОТОННОСТЬЮ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ СХВАТОК;
 - - УВЕЛИЧЕННОЙ ОТНОСИТЕЛЬНО СВОЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ СКОРОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ КАК В ЛАТЕНТНОЙ, ТАК И В АКТИВНОЙ ФАЗЕ РОДОВ

ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

- ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДЯТ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЁ СРОКА В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ СПОСОБНЫ УХУДШИТЬ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ И УГРОЖАЮТ ЕЁ ЖИЗНИ ЛИБО ЕСЛИ ОБНАРУЖЕНЫ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА. ПОКАЗАНИЯ УСТАНАВЛИВАЕТ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ СОВМЕСТНО СО СПЕЦИАЛИСТАМИ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ПРОФИЛЯ (ТЕРАПЕВТОМ, ХИРУРГОМ, ОНКОЛОГОМ, ПСИХИАТРОМ И ДР.) И РУКОВОДИТЕЛЕМ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПОСЛЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТКИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА. ПРИ ЭТОМ ЖЕНЩИНА ПИШЕТ

ПО СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

- ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ НА СРОКЕ ДО 22 НЕД. ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 11 АВГУСТА 2003 Г. СОСТАВЛЕН ПЕРЕЧЕНЬ СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАНИЙ К ИСКУССТВЕННОМУ АБОРТУ:
- 1. РЕШЕНИЕ СУДА О ЛИШЕНИИ ИЛИ ОБ ОГРАНИЧЕНИИ РОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ
- 2. БЕРЕМЕННОСТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИЗНАСИЛОВАНИЯ; ПРЕБЫВАНИЕ ЖЕНЩИНЫ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ
- 3. ИНВАЛИДНОСТЬ I-II ГРУППЫ У МУЖА
- 4. СМЕРТЬ МУЖА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.
-

ДИАГНОСТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- НА РАННИХ СРОКАХ
- КАРИОТИПИРОВАНИЕ;
- РАСШИРЕННУЮ КОАГУЛОГРАММУ;
- АНАЛИЗ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ТТГ;
- АНАЛИЗ НА АНТИТЕЛА КЛАССОВ IGG И IGM;
- АНАЛИЗ НА ГРУППОВУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ;
- АНАЛИЗ НА ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ;
- АНАЛИЗ НА ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ;
- АНАЛИЗ НА ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

ЛЕЧЕНИЕ

- ПРОБЛЕМА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАСАЕТСЯ МНОГИХ СЕМЕЙНЫХ ПАР. И ХОТЯ МНОГИЕ ИЗ НИХ ВОСПРИНИМАЮТ ДАННЫЙ ДИАГНОЗ КАК ПРИГОВОР, В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СУЩЕСТВУЕТ МНОЖЕСТВО МЕТОДОВ И МЕТОДИК, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ СПРАВИТЬСЯ СО СТОЛЬ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРОБЛЕМОЙ.
- ОТВЕЧАЯ НА ВОПРОС, КАК ЛЕЧИТЬ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, СПЕЦИАЛИСТЫ В ДАННОЙ ОБЛАСТИ УТВЕРЖДАЮТ, ЧТО ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ НАПРЯМУЮ ЗАВИСИТ ОТ ПРИЧИНЫ, ПО КОТОРОЙ ПРОИЗОШЕЛ ВЫКИДЫШ.

ЛЕЧЕНИЕ (АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ)

- ХИРУРГИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СИНЕХИЙ, А ТАКЖЕ СУБМУКОЗНЫХ УЗЛОВ МИОМЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ УСТРАНЕНИЕМ НЕВЫНАШИВАНИЯ В 70-80% СЛУЧАЕВ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ. АБДОМИНАЛЬНАЯ МЕТРОПЛАСТИКА СВЯЗАНА С РИСКОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО БЕСПЛОДИЯ И НЕ ПРИВОДИТ К УЛУЧШЕНИЮ ПРОГНОЗА ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ (ИНТЕРФЕРЕНЦ-ТЕРАПИЯ, МАГНИТОТЕРАПИЯ, ЭЛЕКТРОФОРЕЗ МЕДИ И ДР.). ГОРМОНОТЕРАПИЯ НА 3-4 МЕНСТРУАЛЬНЫХ ЦИКЛА.

ЛЕЧЕНИЕ (ЭНДОКРИННЫЕ ПРИЧИНЫ)

- НА КОНГРЕССЕ В БАРСЕЛОНЕ (2007 Г.) БЫЛ ДОСТИГНУТ КОНСЕНСУС ПО ПОВОДУ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИЁМА ДЕКСАМЕТАЗОНА БЕРЕМЕННОЙ, ПОСКОЛЬКУ ТЕРАПИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ НЕ ВЛИЯЕТ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ. АНДРОГЕНЫ МАТЕРИ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ВЛИЯЮТ НА ФУНКЦИЮ ЖЁЛТОГО ТЕЛА, НЕ ПРОНИКАЮТ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ, А ЗНАЧИТ, НЕ УЧАСТВУЮТ В ФОРМИРОВАНИИ ФУНКЦИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПЛОДА И В РЕАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
- ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ПЛОДА, В ТОМ ЧИСЛЕ ВИРИЛИЗАЦИИ НАРУЖНЫХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

- С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА СЛЕДУЮЩАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ:
 - ВЕРИФИКАЦИЯ ВГКН НА ЭТАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ,
 - ПРОДОЛЖЕНИЕ ТЕРАПИИ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ БЕРЕМЕННЫХ С ВГКН,
 - ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛА ПЛОДА И НАЛИЧИЯ У НЕГО МУТАЦИИ ГЕНА CYP21B. В СЛУЧАЕ ЖЕНСКОГО ПОЛА И НАЛИЧИЯ МУТАЦИИ ГЕНА CYP21B МЕТОДОМ ВЫБОРА СЧИТАЮТ ПРИМЕНЕНИЕ ДО КОНЦА БЕРЕМЕННОСТИ ДЕКСАМЕТАЗОНА, КОТОРЫЙ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ПРЕДНИЗОЛОНА ИЛИ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА, ПРОНИКАЕТ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР. РАССМАТРИВАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ТЕРАПИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ПЛОДА, СЛЕДУЕТ ОТМЕТИТЬ, ЧТО ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЦЕЛЬЮ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ БЫВАЕТ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВИРИЛИЗАЦИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК. ВО ВСЕХ ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДЕКСАМЕТАЗОН НЕ ПОКАЗАН

ЛЕЧЕНИЕ (ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ)

- ТЕРАПИЮ АФС ПОДБИРАЮТ ИНДИВИДУАЛЬНО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ АКТИВНОСТИ АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА. НАЗНАЧАЮТ АНТИАГРЕГАНТЫ, АНТИКОАГУЛЯНТЫ, НЕБОЛЬШИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ, ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ — ПЛАЗМАФЕРЕЗ. БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПИИ РОЖДЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЮТ ЛИШЬ В 6% СЛУЧАЕВ. В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ЗАРУБЕЖНЫМИ АВТОРАМИ ПРЕДПРИНЯТЫ ПОПЫТКИ РАЗДЕЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АФС НА ГРУППЫ НА ОСНОВАНИИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ С ПОСЛЕДУЮЩИМ НАЗНАЧЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ.

- У ЖЕНЩИН С «КЛАССИЧЕСКИМ» АФС С ТРОМБОЗАМИ В АНАМНЕЗЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ ГЕПАРИНОТЕРАПИЮ, С РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ (С МОМЕНТА ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА) ПОД КОНТРОЛЕМ КОАГУЛЯЦИОННЫХ ТЕСТОВ, А ТАКЖЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ В ДОЗЕ 81-100 МГ/СУТ, ПРЕПАРАТЫ КАЛЬЦИЙ И ВИТАМИНА D.
- • ПРИ НАЛИЧИИ В АНАМНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ДОПОЛНЕНИЕ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ, АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАН ИММУНОГЛОБУЛИН В ДОЗЕ 400 МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ 5 СУТ КАЖДОГО МЕСЯЦА.
- • В СЛУЧАЕ ПОТЕРЬ ПЛОДА БЕЗ СОСУДИСТЫХ ТРОМБОЗОВ НАЗНАЧАЮТ АНТИКОАГУЛЯНТНЫЕ И АНТИАГРЕГАНТНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В НИЗКИХ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ ДОЗАХ (АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА В ДОЗЕ ДО 100 МГ/СУТ, ГЕПАРИН ПО 10 000 МЕ В СУТКИ, НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ГЕПАРИНЫ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗАХ).