Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Гинекологии

Зав. кафедрой д.м.н.

**Реферат**

на тему:

«Осложнения беременности»

Выполнила:

студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Тошнота и неукротимая рвота при беременности
2. Преждевременные роды
3. Преждевременный разрыв плодных оболочек
4. Гипертензивные нарушения при беременности
5. Инфекция мочевых путей
6. Сахарный диабет
7. Тромбоэмболия
8. Вирусная и протозойная инфекция при беременности
9. Заболевания печени при беременности
10. Холецистит
11. Аппендицит
12. Злоупотребление препаратами
13. Послеродования лихорадка
14. Резус-иммунопрофилактика

**1. Тошнота и неукротимая рвота при беременности**

Примерно у 50 % беременных наблюдается тошнота, обычно наиболее тяжелая в I триместре. Симптомы тошноты в более поздние сроки служат показанием к поиску других причинных факторов, таких как холецистит, гепатит, гастроэнтерит или пиелонефрит.

Если наличие заболевания терапевтического или хирургического профиля исключено, то тошноту можно лечить с помощью частого приема небольших порций сухой пищи (например, сухое печенье, гренки, хрустящие хлебцы и злаки) в периоды появления симптомов. При неэффективности таких мер может быть использован триметобензамид или прохлорперазин. Следствием непрекращающейся тошноты и рвоты могут быть истощение, дегидратация и ацидоз. Обычно эффективными оказываются госпитализация беременной, внутривенное введение жидкости, эмоциональная поддержка и постепенное возобновление приема пищи. Иногда необходимо парентеральное питание.

**2. Преждевременные роды**

Преждевременными считаются роды между 20-й и 38-й неделями беременности; частота таких родов в США — 8 %. Преждевременные роды в 75 % случаев являются причиной перинатальной смерти и заболевания, новорожденных в более отдаленный период времени. Предупреждение преждевременных родов является наиболее значительной проблемой в акушерстве; все врачи, наблюдающие беременных женщин, должны быть особенно внимательны к ранним признакам преждевременных родов. Раннее распознавание таких признаков может повысить успех лечения преждевременного родоразрешения с увеличением продолжительности беременности.

В группу повышенного риска в отношении преждевременных родов входят женщины с многократными беременностями, обнаружением диэтилстильбэстрола в матке, аномалиями матки, предшествующей клиновидной биопсией шейки матки, преждевременными родами в прошлом и с наложением кругового нерассасывающегося шва при истмико-цервикальной недостаточности.

Беременные женщины с ранними признаками преждевременных родов обычно не ощущают "схваток", но могут предъявлять некоторые из следующих жалоб: изменение влагалищных выделений; появление новых болей в спине, бедрах, в области таза или в животе; ощущение давления в тазе и мочевом пузыре или прямой кишке; ригидность брюшной стенки; судороги, как при менструации; боль во влагалище. Хотя многие из этих симптомов могут быть следствием нормальной беременности, пациентки, у которых они появились, должны быть проконсультированы для дальнейшего поиска ранних признаков преждевременных родов. Если при наружной токодинамометрии определяются частые сокращения матки и отмечается изменение шейки, то может быть показано лечение внутривенным введением жидкости, а также постельный режим и назначение токолитических средств (5-миметики или сульфат магния). Если установлено прогрессирующее расширение шейки матки (более 4 см), то лечение неэффективно и должно быть предложено родоразрешение.

**3. Преждевременный разрыв плодных оболочек**

Преждевременный разрыв плодных оболочек определяется как их спонтанный разрыв до начала родов независимо от сроков беременности.

*Диагностика*

Указание в анамнезе на подтекание или неожиданное излияние жидкости из влагалища должно расцениваться как необходимость подготовки промежности и проведения тщательного осмотра с помощью стерильного зеркала. Отделяемое, полученное стерильным тампоном с заднего свода влагалища (не из шейки, что может дать ложноположительный результат), исследуется на нитразиновой бумаге (амниотическая жидкость имеет щелочную реакцию) и под микроскопом на сухой пленке для определения феномена папоротника. Кровь может дать ложно-положительный результат нитразинового теста. Либо кровь, либо воспалительный секрет может привести к ложноотрицательному феномену папоротника. Своевременное выделение из шейки матки культур бета-стрептококка, гонококка и хламидии помогает в выборе необходимой перинатальной антибиотикотерапии. Бимануальное исследование должно быть отложено до начала активной родовой деятельности.

*Лечение*

При доношенной беременности у пациентки с расширенной сглаженной шейкой матки обычно осуществляется стимуляция родов. В случае неблагоприятного состояния шейки при доношенной беременности и постельном режиме в условиях стационара обычно наблюдается самопроизвольная родовая деятельность; частота оперативного родовспоможения при этом ниже, чем в случае стимуляции родов. В отношении оптимального лечения пациенток с преждевременными родами высказываются противоречивые мнения. Поскольку недоношенность является причиной перинатальной гибели значительно чаше, чем инфекция, нередко проводится консервативное наблюдение таких пациенток в зависимости от срока беременности. Может производиться пункция амниотической оболочки (амниоцентез) для определения зрелости легких плода и раннего выявления хориоамнионита; полученные результаты помогают скорригировать терапию. В случае развития хориоамнионита показано родоразрешение.

**4. Гипертензивные нарушения при беременности**

Гипертензивные расстройства осложняют примерно 8 % беременностей и являются ведущей причиной материнской смерти. При беременности, сопровождающейся гипертензией, чаще наблюдаются задержка роста плода, отслойка плаценты и мертворожденность.

Гипертензия при беременности разделяется на 5 категорий: 1) хроническая гипертензия; 2) преэклампсия — эклампсия; 3) преэклампсия, наслаивающаяся на хроническую гипертензию; 4) транзиторная гипертензия; 5) неклассифицируемая гипертензия.

***Хроническая гипертензия***

Ввиду указанного выше риска пациенткам с хронической гипертензией может принести пользу противогипертензивная терапия, проводимая до беременности и на всем ее протяжении. Лечение уменьшает риск наслаивания преэклампсии. Поскольку диуретики неблагоприятно влияют на нормальное увеличение объема плазмы у матери, они не являются препаратами первого выбора при лечении беременных. Часто используются метиддопа, (бета-блокаторы или гидралазин (в порядке перечисления) с диуретиками в качестве вспомогательного средства при необходимости.

***Преэклампсия***

Преэклампсия встречается примерно у 5 % беременных и определяется как острая гипертензия, возникающая после 20 недель беременности и сопровождающаяся протеинурией (более 300 мг/сут) или генерализованным отеком. Этот клинический синдром, уникальный для человека, обычно наблюдается при первой беременности и имеет невыясненную причину. Его патофизиология характеризуется диффузным сосудистым спазмом, уменьшением внутрисосудистого объема и снижением коллоидно-осмотического давления и подвергается обратному развитию лишь после родоразрешения.

Как и сифилис, его называют "великим имитатором" ввиду его вариабельных проявлений с вовлечением сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, печени, крови и почек. Хотя повышение артериального давления может быть незначительным, консультация акушера-гинеколога представляется каждой беременной, имеющей какой-либо из следующих симптомов: персистирующую головную боль, нарушение зрения, изменение восприятия, боли в эпигастрии, дисфункцию печени, тромбоцитопению или протеинурию. Определенные трудности для врача ОНП представляет частое отсутствие данных предыдущих (в ходе беременности) измерений артериального давления; умеренное повышение АД, особенно у молодых женщин, может оказаться значительным в сравнении с прежними измерениями.

Критерии диагностики представлены в табл. 1.

**Таблица 1**. *Критерии диагностики преэклампсии и эклампсии*

I. Преэклампсия (необходимы критерии А и Б) А. Резкий подъем измеряемых дважды (как минимум через 6 ч) одного из двух показателей:

САД > 140 торр или превышение на 30 торр или более исходного уровня или

ДАД >90 торр или превышение на 15 торр или более исходного уровня и

Б. Один из двух признаков:

Протеинурия > 300 мг/сут или

Генерализованный отек

II. Тяжелая преэклампсия. Преэклампсия с любым из следующих показателей:

A. САД постоянно >160 торр

Б. ДАД постоянно > 110 торр

B. Протеинурия >5 г/сут

Г. Олигурия < 500 мл/сут

Д. Стойкая головная боль или нарушение зрения

Е. Боль в эпигастральной области

Ж. Отек легких или цианоз

3. Тромбоцитопения

И. Дисфункция печени

III. Эклампсия

САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление.

**Таблица 2**. *Лечение преэклампсии: профилактика и контроль судорог*

Дозировка

Нагрузочная доза 4 мг (MgSO4 • 7НгО), в/в. Вводить медленно в течение 5—10 мин (20 мл 10 % раствора или 4 мл 50 % раствора = 4 г) Поддерживающая доза 1—2 г/ч, в/в; длительная калиброванная инфузия

Предостережения

Акушер должен быть вызван немедленно

Пациентку следует направить в родильное отделение

Дыхание должно быть нормальным

Необходимо серийное исследование глубоких сухожильных рефлексов. Контролируется часовой диурез с помощью катетера Фолея; введение MgSO4 прекращается (выделяется исключительно почками), если количество мочи менее 25 мл/ч

Прервать введение MgSO4, если исчезают глубокие сухожильные рефлексы или содержание Mg2+ в сыворотке превышает 10 мг/дл

Антидот

Медленое в/в введение 1 г глюконата кальция, если отсутствует дигиталисная интоксикация

Побочные эффекты

Угнетение рефлексов

Угнетение дыхания

Брадиаритмии, блокада сердца, остановка сердца

Лабораторные исследования

Определение гемоглобина, гематокрита, числа тромбоцитов, азота мочевины крови, креатинина, глюкозы, натрия, калия, хлоридов, бикарбоната и трансаминаз; анализ мочи

*Лечение*

Окончательной терапией является родоразрешение. Однако в случаях средней тяжести при отдаленных сроках родов ведение пациентки может быть консервативным: постельный режим и наблюдение, что обеспечивает естественное продолжение беременности, а, следовательно, рост и развитие плода.

Все пациентки с преэклампсией подлежат госпитализации; такое ведение, как было показано, имеет значительные преимущества. У всех пациенток проводится дородовая оценка частоты сердечных сокращений у плода и осуществляется электронный мониторинг состояния плода во время родов.

В случае развития тяжелой преэклампсии или эклампсии при любом сроке беременности лечение заключается в стабилизации состояния и родоразрешения. Таких пациенток следует как можно быстрее перевести из ОНП в родильный дом, где располагают опытом лечения подобной патологии. Всем пациенткам с преэклампсией необходимо профилактическое противосудорожное лечение сульфатом магния, которое проводится в периоды наибольшего риска (перед родами, во время родоразрешения и по крайней мере в течение 24 часов после него (табл. 2). Сульфат магния эффективен и при остром лечении эклампсии.

Для большинства пациенток с преэклампсией не требуются антигипертензивные препараты; к тому же нет убедительных данных об улучшении состояния плода при проведении такого лечения. Резкое снижение кровяного давления может создавать реальную опасность для плода в связи с уменьшением маточного кровотока. Гипотензивная терапия назначается в том случае, если артериальное давление достигает уровня, представляющего риск развития мозговых и сосудистых нарушений или инфаркта миокарда у матери (например, при систолическом давлении > 170 и диастолическом > 110 мм рт.ст. При наличии тромбоцитопении многие врачи-акушеры начинают гипотензивную терапию при более низком уровне артериального давления. Внутривенное введение небольших доз (10 мг) гидралазина с последующей длительной инфузией обычно бывает эффективным и предпочтительно применению диазоксида или нитропруссида перед родоразрешением.

**5. Инфекция мочевых путей**

Механическая окклюзия мочеточника увеличенной маткой, размягчение мочеточника под действием прогестерона и увеличение объема мочевых путей во время беременности являются факторами, повышающими частоту асимптоматической бактериурии и пиелонефрита при беременности. Асимптоматическая бактериурия (у 5—7 % всех беременных) в отсутствие лечения сопряжена с 30—40 % риском развития последующего пиелонефрита беременных. Препараты серы являются средством выбора (за исключением пациенток с дефицитом 6-ФГД или с небольшим сроком беременности). Следующим по эффективности препаратом является ампициллин.

Пиелонефрит при беременности связан с повышенным риском сепсиса и преждевременных родов и служит показанием к внутривенной антибиотикотерапии.

**6. Сахарный диабет**

Гестационный диабет (лимитированный беременностью, или тип III) наблюдается в 2—3 % случаев всех беременностей и связан с риском мертворождения, макросомии плода, родовой травмы, преэклампсии и многих неонатальных метаболических нарушений. Предшествующий сахарный диабет (типы I и II) встречается еще у 0,4 % беременных. У этих пациенток имеется риск возникновения вышеназванных осложнений и самопроизвольного выкидыша, врожденных аномалий и нарушения роста плода, а также инфицирования мочевых путей. Эстрогены, прогестероны и человеческий плацентарный лактоген (ЧПЛ) являются антагонистами действия инсулина. Плацентарная инсулиназа также может способствовать этому процессу, ускоряя распад инсулина. Тошнота беременных и предрасположенность пациенток с гипергликемией к развитию инфекции затрудняют лечение диабета во время беременности. Беременные женщины даже при отсутствии диабета склонны к развитию метаболического ацидоза в большей степени, чем небеременные. Вероятнее всего, это обусловлено недостатком углеводов и липолитическим действием ЧПЛ. Диабетический кетоацидоз, возникающий у беременных, часто бывает тяжелым. Он может также стать причиной быстрой гибели плода. Врач ОНП, проводящий лечение женщин детородного возраста с гипергликемией, должен знать, что большинство осложнений беременности можно уменьшить при энергичной и длительной терапии с помощью многочисленных ежедневных инъекций инсулина и многократного определения (пациенткой) глюкозы каждый день с вполне достижимой целью нормализации уровня сахара в крови. Заблаговременная нормализация содержания сахара в крови может снизить риск врожденных аномалий с 23 до 3 % у пациенток с диабетом типов I и II. Все пациентки с диабетом должны получать эффективную терапию, направленную на нормализацию сахара в крови в период, предшествующий зачатию, а каждую беременную пациентку с гипергликемией следует энергично лечить, консультировать и направлять в стационар для длительного проведения интенсивной терапии. Пероральные гипогликемические препараты при беремености противопоказаны.

У здоровых женщин плазменная концентрация глюкозы во время беременности несколько снижается из-за метаболических потребностей развивающегося плода. Плацента, как известно, синтезирует и выделяет вещество, подобное гормону роста, ЧПЛ, который поддерживает липолиз и повышает плазменный уровень свободных жирных кислот, обеспечивая тем самым организм матери альтернативными энергетическими субстратами. При недостаточном поступлении энергетических веществ с пищей или при возрастании метаболических потребностей (как при значительной физической активности или системной инфекции) возможно возникновение явной симптоматической гипогликемии.

**7. Тромбоэмболия**

Риск тромбоэмболии у беременных женщин возрастает в 5—6 раз; его пик отмечается в ранний послеродовой период. Это происходит вследствие роста уровня свертывающих факторов крови, повышения растяжимости вен и сдавления полой вены увеличенной маткой.

При диагностических исследованиях во время беременности не следует использовать йодированные агенты ввиду их накопления в щитовидной железе плода. Следует рассмотреть возможные варианты применения альбумина, меченного технецием; к тому же оценка тазовой радиационной дозиметрии может помочь в выборе диагностического метода. Легочная ангиография является альтернативным методом исследования. Импенданская плетизмография является неинвазивным методом; она целесообразна при выявлении тромбоза проксимальных вен и имеет прогностическое значение в случае получения нормальных результатов. Исследование проводится при положении пациентки, лежа на боку во избежание артефактов от сдавления сосудов увеличенной маткой.

Лечение тромбоза глубоких вен и эмболии сосудов состоит в назначении гепарина (см. выше) и проводится на протяжении всего периода риска.

**8. Вирусная или протозойная инфекция при беременности**

Первичное инфицирование цитомегаловирусом, вирусом краснухи, генитального герпеса, ветряной оспы или токсоплазмой может быть тератогенным. Беременные пациентки с предполагаемым диагнозом какой-либо из вышеназванных инфекций подвергаются энергичным диагностическим исследованиям (посев и выделение культур, определение титров вирусоспецифических иммуноглобулинов в острый период заболевания и при выздоровлении). Если идентифицирована первичная инфекция, вызванная любым из перечисленных агентов (особенно в I триместре беременности), следует получить консультацию генетика. Наличие генитального герпеса в родовом канале во время родоразрешения приводит к инфицированию 50 % новорожденных; при этом отмечаются 50 % летальность и высокая частота неврологических расстройств у выживших инфицированных детей. В тех случаях, когда во время родов или вскоре после разрыва плодных оболочек наличие активной инфекции в родовом канале доказано или весьма вероятно, показано кесарево сечение.

Одной из ведущих причин синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) у маленьких детей является врожденное трансплацентарное инфицирование. Женщины, зараженные вирусом СПИДа, должны избегать беременности. Беременные, имеющие риск такого заражения, должны быть обследованы в самые ранние сроки беременности и направлены на консультацию.

**9. Заболевание печени при беременности**

Наличие желтухи у беременной не всегда связано с беременностью (гепатит, холедохолитиаз и др.). Связанные с беременностью причинные факторы заболевания печени включают преэклампсию с вовлечением печени, острую жировую дистрофию печени и холестатическую желтуху беременных. Преэклампсия, осложненная поражением печени, обычно отражает патологические процессы, которые подвергаются обратному развитию только после родов; поэтому срочное родоразрешение в таких случаях часто бывает необходимым. Острая жировая дистрофия печени беременных, которая часто наблюдается как желтуха, кома или нарушение психики и связана с высокой летальностью матери и плода, является грозным осложнением. Ее причинный фактор неизвестен, хотя он также может быть связан с преэклампсией. Лечение состоит в родоразрешении и поддерживающей терапии. Холестатическая желтуха беременных - наиболее частая и менее серьезная патология, хотя по неизвестным причинам она сопряжена с риском преждевременных родов и возникновения нарушений у плода. Имеется генетическая предрасположенность: зарегистрированы случаи семейного заболевания; чаще заболевание наблюдается у скандинавов и чилийцев. Отмечается тенденция к повторному заболеванию при последующих беременностях и при использовании гормональной контрацепции. Желтуха обычно сопровождается кожным зудом. Уровень связанного билирубина возрастает, но редко превышает 5 мг/дл. Повышается уровень и трансаминазы, однако он бывает ниже, чем при гепатите. Характерно значительное увеличение содержания желчных кислот в сыворотке крови. Холестираминовая камедь (10—12 г вдень) снимает зуд и не опасна для плода; показано соответствующее наблюдение за сохранением беременности.

**10. Холецистит**

Беременность, по-видимому, повышает риск развития холелитиаза и холецистита. За I триместр беременности объем желчного пузыря увеличивается вдвое: что в сочетании с его неполным опорожнением после приема пищи предрасполагает к образованию холестериновых желчных камней. Острые приступы желчно-каменной болезни во время беремености купируют такими же методами, как и у небеременных, за исключением нижеперечисленного.

Во время беременности следует избегать радиоизотопного сканирования желчного пузыря; для подтверждения клинического подозрения на холелитиаз используется ультрасонография.

Холецистэктомию лучше всего отложить и произвести лишь после родоразрешения. Если это невозможно, то оптимальным сроком для операции является II триместр, так как риск самопроизвольного выкидыша или родов незрелым плодом во время оперативного вмешательства уменьшается и матка еще недостаточно большая, чтобы создавать помехи в операционном поле. Выполнение неотложной холецистэктомии следует рассматривать независимо от срока беременности при тяжелом обострении, наличии гнойной интоксикации и при без успешности энергичного консервативного лечения. Отсрочка хирургического вмешательства в подобных случаях лишь подвергает женщину и плод серьезной опасности.

**11. Аппендицит при беременности**

Аппендицит встречается примерно в 1 случае на 850 беременностей. Хотя это не самое частое заболевание у беременных, его исход может быть весьма неблагоприятным. При беременности чаще, чем обычно, обнаруживается перфорация аппендикса, тяжелее протекает перитонит, запаздывает диагностика и исторически выше летальность. В 1908 году Babler сказал: "Смертность вследствие аппендицита при беременности — это смертность от промедления". Трудности диагностики и смертность плода возрастают с увеличением срока беременности. Cunningham отметил промедление с постановкой диагноза в III триместре у 75 % пациенток, во II — у 18 % и в I — ни у кого (0 %). Симптомы аппендицита при беременности в большей степени неспецифичны: боль может быть диффузной, анорексия и лихорадка часто отсутствуют, а тошнота и рвота вариабельны. Проведенные Ваbler исследования с использованием бария у 70 женщин с различными сроками беременности продемонстрировали анатомические изменения, происходящие по мере прогрессирования беременности: аппендикс мигрирует к правому подреберью и поворачивается против часовой стрелки, при этом его дистальный конец направлен к диафрагме. Такое анатомическое изменение объясняет часто различные проявления при беременности, когда боль и болезненность становятся более диффузными или локализуются в правом верхнем квадранте живота. Лабораторные исследования оказываются столь же неинформативными. Часто количество лейкоцитов не превышает обычные для беременности значения 12 000 — 15 000. Повышение температуры может быть незначительным или вовсе отсутствует. Диагностика должна проводиться с высокой степенью подозрительности. Лечение хирургическое с послеоперационным наблюдением для предупреждения преждевременных родов.

Острый аппендицит в поздние сроки беременности чаще всего ошибочно диагностируется как острый пиелонефрит. В дифференциальной диагностике этих двух заболеваний может помочь изложенное ниже.

1. Отсутствие желудочно-кишечных расстройств не снижает  
   вероятности острого аппендицита при беременности.
2. Пиурия без бактериурии у беременных прямо предполагает диагноз острого аппендицита.
3. Пиелонефрит обычно вызывает повышение температуры (более 38 °С), что часто сопровождается ознобом, тогда как аппендицит редко обусловливает такую симптоматику в отсутствие перфорации.

**12. Злоупотребление препаратами**

Отделение неотложной помощи часто является местом обнаружения или лечения злоупотребления наркотиками, алкоголем, кокаином или другими препаратами. Подобное злоупотребление во время беременности сопряжено с серьезным риском для плода; своевременное выявление и направление таких пациенток в соответствующие учреждения могут снизить этот риск.

Злоупотребление наркотиками повышает риск задержки роста плода, а также мертворождения, преждевременных родов, синдрома отмены у новорожденного и его гибели или длительных нарушений в развитии нервной системы.

Идеальным лечением является терапия метадоном. Чрезмерное употребление алкоголя является ведущей причиной задержки умственного развития новорожденных в США; кроме того, задерживается рост ребенка, и возникают различные неврологические осложнения. Вредное воздействие кокаина при беременности в настоящее время детально изучается, но уже доказано повышение риска отслойки плаценты и гибели плода. Специфические вмешательства осуществляются в специализированных центрах, однако их успех зависит от своевременного выявления патологического пристрастия у пациенток и направления их в эти центры.

**13. Послеродовая лихорадка**

Лихорадка после родов наблюдается достаточно часто. В процессе родов возможны травма и девитализация структур таза и мочевых путей, что создает благоприятные условия для развития инфекции. У каждой пациентки после родов необходимо проводить тщательное влагалищное исследование. Частота хирургической инфекции после кесарева сечения составляет от 10 до 45 % в различных популяциях. Инфицирование при эпизиотомии наблюдается нечасто, однако заболевание может быть тяжелым (например, некротизируюший фасциит). У каждой пациентки с повышенной температурой после родов следует предположить инфекцию мочевых путей.

Эндопериметрит характеризуется размягченностью и болезненностью матки и периметрия, которые возникают через 1—3 дня после родов и чаще всего наблюдаются после кесарева сечения. Диагноз основывается на данных объективного исследования и исключении лихорадки другой этиологии. Часто обнаруживаются дурно пахнущие лохии.

Рекомендуются госпитализация и внутривенная терапия антибиотиками широкого спектра действия, эффективными против анаэробных возбудителей.

Лихорадка, продолжающаяся, несмотря на интенсивную терапию антибиотиками, без признаков инфекции где-либо в другом месте может указывать на тромбофлебит вен таза — редкого последствия тазовой инфекции. Он может проявиться эмболией легких. Если эндопериметрит не поддается лечению в течение нескольких дней, следует рассмотреть возможность гепаринизации.

**14. Резус-иммунопрофилактика**

У резус-отрицательных женщин, беременных резус-положительным плодом, могут образоваться антитела, способные вызвать анемию у плода, водянку и гибель плода при настоящей или последующих беременностях. Все резус-отрицательные женщины с влагалищным кровотечением при беременности, с внематочной беременностью, спонтанным или искусственным абортом подвергаются проверке на антитела и в случае отсутствия резус-антител получают резус-иммуноглобулин. После рождения резус-положительного ребенка проводится такая же терапия, обычно в течение 72 часов. Кроме того, все резус-отрицательные женщины получают резус-иммуноглобулин примерно в течение 28 недель беременности.

**Литература**

1. Айламазян Э.К. «Акушерство» - Санкт-Петербург: Специальная литература, 1997г., 479с.

2. Грицук В.И., Винокуров В.Л., Карелин М.И. Справочник практического гинеколога: 2-е издание, исправленное и дополненное - М.: Медицина, 2005 г.,750с.