МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Уральская государственная медицинская академия

**РЕФЕРАТ**

## **ТЕМА: «Самопроизвольный выкидыш (Abortus spontaneus)»**

Исполнитель: студент группы 613

лечебно-профилактического

факультета Ковальчук А.С.

Руководитель: доц. Прохорова Л.В.

### Екатеринбург 2000

план:

1. введение 3

2. этиология и патогенез 3

3. клиническая картина 4

4. диагностика 5

5. лечение в стационаре 6

6. примерный алгоритм оказания первой помощи в поликлинике и бригадой смп 10

6. список использованной литературы 11

# введение

*Самопроизвольным выкидышем (абортом, abortus spontaneus)* в отечественном акушерстве принято считать прерывание беременности в первые 28 недель беременности. Масса плода в этих случаях не превышает 1000г, длина 35см.

Нарушение беременности в пределах первых 15 недель, т.е. до окончательного формирования плаценты, относятся к выкидышу ранних сроков беременности, после 16 недель – к выкидышу поздних сроков.

Частота спонтанных (самопроизвольных) абортов достигает 15%. Самопроизвольный выкидыш чаще наблюдается у повторнобеременных и многорожавших женщин в возрасте 25 лет и старше, перенесших те или иные заболевания полового аппарата. Выкидыш наступает чаще в ранние сроки беременности (в пределах 12-15 недель), так как в этот период дисгормональные нарушения вполне вероятны, поскольку функция желтого тела снижается, а плацента еще недостаточно вырабатывает лютеинезирующего гормона. В связи с этим рефлекторная деятельность матки повышена.

# 2. этиология и патогенез

Этиология самопроизвольных выкидышей чрезвычайно разнообразна; нередко к прерыванию беременности приводит не один, а несколько причинных факторов. Условно данные факторы группируются следующим образом:

1) патология матки; 2) аномалии хромосомного аппарата; 3) иммунологические нарушения; 4) эндокринная патология; 5) инфекционный фактор; 6) соматические заболевания и интоксикации; 7) психический фактор.

К патологии *матки*, способствующей самопроизвольному выкидышу, относят аномалии развития мюллерова протока (перегородка, седловидная, двурогая матка), синехии полости матки (синдром Ашермана), истмико-цервикальная недостаточность, гипоплазию матки и миому.

Аномалии хромосомного аппарата, приводящие чаще всего к выкидышам на ранних сроках развития беременности, связаны со структурными нарушениями или с количественными аберрациями хромосом.

В последние годы интенсивно разрабатываются вопросы, касающиеся роли *иммунных факторов* в невынашивании беременности: доказаны несомненные нарушения клеточного и гуморального иммунитета у женщин с привычными выкидышами, многими авторами подчеркивается роль антигенов гистосовместимости в этиологии невынашивания беременности, изосерологическая несовместимость по группе и резус-фактору крови матери и плода.

*Эндокринная патология* с глубокими изменениями функции органов чаще приводит к бесплодию. Самопроизвольные выкидыши обычно происходят у женщин со стертыми формами гормональных нарушений. В первую очередь это относится к гипофункции яичников, как правило выражающейся лютеиновой недостаточностью, а также андрогенией надпочечникового и яичникового генеза. При этом самопроизвольный выкидыш может наступить как при спонтанно наступившей, так и при медикаментозно индуцированной беременности.

Частой причиной выкидышей является *инфекция* материнского организма. В эту группу этиологических факторов относятся как общие острые и хронические инфекционные заболевания, так и местные поражения полового аппарата, вызванные бактериальной флорой, микоплазмами, хламидиями, токсоплазмами, листериями, вирусами, грибами.

Нельзя исключить роль *психогенного фактора*, нередко являющегося пусковым механизмом на фоне действия иных предрасполагающих причин.

Любая из вышеперечисленных причин, в конечном счете, приводит к усилению сократительной активности матки, отделению плодного яйца от стенки матки и его изгнанию. В I и начале II триместра (до полного формирования плаценты) плодное яйцо отделяется и выделяется из матки без вскрытия плодного пузыря. В более поздние сроки при сформировавшейся плаценте прерывание беременности происходит по типу родового акта: раскрывается шейка матки, изливаются околоплодные воды, рождается плод, а затем – послед.

# 3. клиническая картина

В клиническом течении самопроизвольного выкидыша различают следующие стадии, или формы: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт «в ходу», полный и неполный аборт.

Для **угрожающего выкидыша** характерно усиление сократительной активности мышц матки, однако, плодное яйцо полностью сохраняет связь с маткой. Клинически данная форма выкидыша проявляется слабыми ноющими болями в нижних отделах живота и (или) в крестце (обычно женщины жалуются на «тупую» боль в пояснице и внизу живота). Кровотечение отсутствует.

При **начавшемся выкидыше** повышенная сократительная активность миометрия приводит к частичной отслойке плодного яйца и появлению небольших кровянистых выделений из шеечного канала. Боли усиливаются, иногда приобретают характер слабых схваток. Начавшийся выкидыш во II триместре может проявляться болевым симптомом без кровянистых выделений. При влагалищном исследовании можно обнаружить укорочение шейки матки и небольшое открытие наружного зева.

Дальнейшее прогрессирование прерывания беременности обозначается как **аборт «в ходу»**. Плодное яйцо теряет связь с плодовместилищем и опускается в нижний отдел матки или в шеечный канал. Аборт «в ходу» сопровождается сильными схваткообразными болями в нижних отделах живота и значительным и обильным кровотечением. При ригидном наружном зеве плодное яйцо может целиком изгоняться из полости матки в шеечный канал. Шейка матки значительно увеличивается в объеме, а тело – сокращается. Данная разновидность аборта «в ходу» называется *шеечным абортом*.

Если часть плодного яйца вышла за пределы матки, а в полости матки содержатся лишь его остатки, то такой аборт называется **неполным**. Ведущим симптомом данного этапа прерывания беременности является кровотечение резной степени выраженности: от небольшого до обильного, приводящего к развитию геморрагического шока. Небольшие остатки хориона при неполном аборте в I триместре беременности или ткани плаценты во II триместре служат основой для формирования так называемого плацентарного полипа – организовавшихся сгустков крови. В подобных случаях женщина страдает длительным, периодически усиливающимся кровотечением, приводящим к анемизации.

При **полном** аборте плодное яйцо отторгается целиком, в матке могут оставаться только части децидуальной оболочки. Подобная форма аборта наблюдается чрезвычайно редко, а если и встречается, то, как правило, в конце II триместра.

Клинические проявления самопроизвольного аборта зависят от срока беременности, формы аборта и причины, вызвавшей прерывание беременности.

В I триместре для выкидыша характерно сочетание болевого симптома и кровянистых выделений. Во II триместре начальными проявлениями аборта являются схваткообразные боли в нижних отделах живота, кровотечение присоединяется после рождения плода.

Исключение составляет прерывание беременности на фоне предлежания плаценты, когда ведущим симптомом становится кровотечение, кок правило, обильное.

Угрожающий выкидыш проявляется незначительными болями внизу живота и (или) в пояснице. Начавшийся выкидыш сопровождается усилением болей и возможным появлением скудных кровянистых выделений. Для аборта «в ходу» характерно резкое усиление болей схваткообразного характера и обильное кровотечение.

Для неполного аборта типично уменьшение болей на фоне продолжающегося кровотечения разной степени выраженности. При полном аборте затихают боли и прекращается кровотечение.

Особенности клинических проявлений самопроизвольного выкидыша могут быть обусловлены этиологическим фактором, вызвавшим его. Так, генетические факторы приводят к выкидышу в ранние сроки беременности. Аборт, причиной которого является истмико-цервикальная недостаточность, происходит во II триместре беременности, начинается с излития околоплодных вод и заканчивается быстрым рождением плода на фоне слабых малоболезненных схваток.

Аборты на фоне гиперандрогении в ранние сроки начинаются с кровянистых выделений, затем присоединяется болевой синдром, нередко в подобных случаях формируется синдром неразвивающейся беременности; в поздние сроки может наступить внутриутробная гибель плода.

Гибель плодного яйца с последующим изгнанием его из матки может наблюдаться при наличии хронической и острой инфекции, кровотечение при этом редко бывает обильным.

# 4. диагностика

Диагноз самопроизвольного выкидыша обычно не представляет затруднений и в зависимости от уровня оснащения медицинским оборудованием может основываться на жалобах, предъявляемых больной; данных общего и гинекологического обследования; результатах кольпоцитологического, гормонального и ультразвукового методов исследования.

Жалобы – см. выше (3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА)

Общее состояние больной может быть обусловлено как наличием самой беременности, так и степенью кровопотери, связанной с формой самопроизвольного выкидыша. При угрожающем и начавшемся выкидышах состояние женщин обычно удовлетворительное, если не наслаивается ранний гестоз и если выкидыш не провоцируется соматической патологией. При аборте «в ходу», неполном и полном абортах состояние больной зависит от продолжительности, интенсивности и степени кровопотери. Количество кровопотери можно приблизительно определить по количеству подкладных (одна подкладная примерно соответствует 100 мл крови). Длительные, небольшие кровотечения приводят к анемизации больной, выраженность которой обусловливает состояние женщины. Острая кровопотеря может приводить к шоковому состоянию.

Данные гинекологического исследования при угрожающем выкидыше свидетельствуют о соответствии размеров матки сроку задержки месячных. Матка реагирует на пальпацию сокращением. Структурных изменений со стороны шейки матки нет. При начавшемся выкидыше шейка матки может быть несколько укороченной со слегка зияющим наружным зевом. Спазмированное тело матки, соответствующее сроку беременности, нижний полюс плодного яйца, легко достигаемый через шеечный канал, свидетельствуют об аборте «в ходу». При неполном аборте размеры матки не соответствуют (меньше) сроку беременности, а шеечный канал или наружный зев приоткрыт.

Лабораторные и аппаратные методы применяются для ранней диагностики и динамического наблюдения начальных этапов прерывания беременности.

Кольпоцитологическое исследование помогает выявить угрозу прерывания беременности задолго до появления клинических симптомов. Известно, что кариопикнотический индекс (КПИ) в первые 12 недель беременности не должен превышать 10%, в 13-16 недель он равняется 3-9%, в более поздние сроки КПИ держится в пределах 5%. Повышение КПИ свидетельствует об угрозе прерывания беременности.

Прогностическую ценность имеет определение в плазме крови содержание хориогонина, эстрадиола и прогестерона.

У женщин с андрогенией большое диагностическое и прогностическое значение имеет определение уровня 17-кетостероидов (17-КС) в суточном количестве мочи. Если количество 17-КС превышает 42 мкмоль/л, то угроза самопроизвольного выкидыша становится реальной.

Эхографическими признаками угрожающего выкидыша в ранние сроки беременности являются расположение плодного яйца в нижних отделах матки, появление нечетких контуров, деформации, перетяжек плодного яйца, локального напряжения миометрия. С конца I триместра беременности при угрозе её прерывания можно выявить участки отслойки плаценты, измерить диаметр перешейка.

# 5. лечение в стационаре

Терапия при нарушении беременности будет различной в зависимости от клинической картины и стадии выкидыша (угрожающий, начавшийся, «в ходу», неполный и полный), срока беременности. Начинать лечение необходимо как можно раньше, т.к. сохранить беременность легче в стадии угрожающего выкидыша, труднее – в стадии начавшегося и невозможно – во всех последующих. Назначая лечение и подбирая дозу медикаментозных препаратов, в I триместре беременности необходимо помнить об их возможном эмбриотоксическом и тератогенном действии.

**Лечение женщин с угрожающим и начавшимся самопроизвольным выкидышем должно осуществляться только в стационарных условиях.** Лечение состоит из следующего комплекса мероприятий: 1) лечебно-охранительный режим; 2) полноценная, сбалансированная, богатая витаминами диета; 3) немедикаментозные методы воздействия; 4) лекарственные средства, снижающие психоэмоциональное напряжение и расслабляющие гладкую мускулатуру матки.

В качестве седативных средств в I триместре беременности лучше ограничиться настоем корня валерианы (Inf. rad. Valerianae 20.0÷200.0) по 1 столовой ложке 3 раза в день или настойкой валерианы (Tincturae Valerianae 30.0) по 20-30 капель также 3 раза в день, или настоем травы пустырника (Inf. haerbae Leonuri 15.0÷200.0) и настойкой пустырника (Tincturae Leonuri 30.0) в тех же дозировках. Во II триместре беременности можно применять такие транквилизаторы, как сибазон (диазепам, реланиум) по 5 мг 2-3 раза в день.

В качестве спазмолитических средств используют папаверин в таблетках (0.02-0.04г), в свечах (0.02г), в виде инъекций (2 мл 2% раствора); метацин в таблетках (0.002г) или в виде инъекций (1 мл 0.1% раствора); баралгин по 1 таблетке 3 раза в день или внутримышечно по 5 мл. Расслаблению мускулатуры матки может способствовать внутримышечное введение 25% раствора магния сульфата по 10 мл с интервалом 12 часов.

Тормозящее действие на сократительную активность миометрия оказывают некоторые β-адреномиметики (партусистен (фенотерол, беротек), ритодрин (ютопар)). Токолитическое действие данных препаратов чаще используют для предупреждения преждевременных родов, однако, как показывает практика, они могут с успехом применяться и для лечения угрожающего и начавшегося выкидыша во II триместре беременности. Имеющиеся сведения об эмбриотоксическом действии токолитиков в эксперименте на животных ограничивают возможность их использования в ранние сроки беременности.

Партусистен принимают внутрь в виде таблеток или внутривенно. Таблетки, содержащие 5 мг препарата, назначают каждые 2-3-4 часа (максимальная суточная доза – 40 мг). При начавшемся выкидыше следует начинать лечение с внутривенного введения: 0.5 мл препарата разводят в 250-500 мл 5% раствора глюкозы или 0.9% раствора натрия хлорида и вливают капельно со скоростью от 5-8 до 15-20 капель в минуту, добиваясь угнетения сократительной деятельности матки. За 30 минут до окончания капельного ведения препарата больной дают таблетку партусистена и в дальнейшем переводят её на энтеральный способ приема препаратов. По достижении стойкого эффекта дозировку лекарства в течение недели постепенно снижают. Длительность курса лечения составляет 2-3 недели.

Ритодрин можно применять внутрь (5-10 мг 4-6 раз в сутки), внутримышечно (по 10 мг каждые 4-6 часов) или внутривенно (50 мг препарата в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 10-15 капель в минуту) в зависимости от степени выраженности угрозы прерывания беременности. Курс лечения – 2-4 недели.

Токолитики могут вызвать тахикардию, снижение артериального давления, потливость, тошноту, мышечную слабость. Поэтому терапию β-адреномиметиками необходимо проводить **только в условиях стационара**, соблюдая постельный режим. Для уменьшения побочных явлений токолитиков можно назначить верапамил (изоптин, финоптин), относящийся к антагонистам ионов кальция, тем более что данный препарат и сам оказывает некоторое тормозящее действие на сократительную активность матки. Для профилактики побочных влияний β-адреномиметиков изоптин применяется в виде таблеток по 0.04 г 3 раза в день. Для снятия выраженных побочных действий 2 мл 0.25% раствора изоптина можно ввести внутривенно.

Больным, имеющим патологию сердечно сосудистой системы, терапия угрозы прерывания беременности токолитиками противопоказана.

Гормональная терапия угрожающего и начавшегося выкидыша, по современным представлениям, не относится к основным, ведущим методам лечения, однако при правильном выборе средств и методов введения может существенно способствовать благоприятному эффекту лечения.

Гестагены применяются в I триместре беременности в случаях ранее диагностированной недостаточности функции желтого тела. Предпочтение отдается аллилэстренолу (туриналу), который назначается по 1-2 таблетки (5-10 мг) 3 раза в день в течение 2 недель. Индивидуальная доза подбирается под контролем кольпоцитологического исследования с подсчетом КПИ. При возрастании КПИ доза туринала увеличивается. Отмена препарата должна производиться после постепенного, в течение 2-3 недель, снижения дозировки. Туринал можно заменить на прогестерон (1 мл 1% раствора внутримышечно через день) или оксипрогестерона капронат (по 1 мл 12.5% раствора внутримышечно 1 раз в неделю).

Хорошие результаты дает лечение новым отечественным прогестероновым препаратом ацетомепрегенолом. Данный препарат оказывает положительное действие на гормональный статус беременных и способствует ликвидации угрозы прерывания беременности. Прием препарата начинают с 1 таблетки (0.5 мг) в сутки. По достижении эффекта дозу снижают до ½-¼ таблетки. Курс лечения – 2-3 недели.

У женщин с гипоплазией и пороками развития матки, с установленной до наступления беременности гипофункцией яичников, при появлении кровянистых выделений гестагены следует сочетать с эстрогенами. В качестве эстрогенных препаратов можно использовать этинилэстрадиол (микрофоллин), фолликулин или эстрадиола дипропионат. В зависимости от показателей КПИ этинилэстрадиол назначается по ½-¼ таблетки в сутки (0.0125-0.025 мг), фолликулин по 2500-5000 ЕД (0.5-1.0 мл 0.05% раствора внутримышечно). Существует точка зрения (В.М.Сидельникова (1986)) о целесообразности при начавшемся выкидыше 5-10 недельного срока начинать лечение с проведения эстрогенного гемостаза, назначая внутримышечно 1 мл 0.1% раствора эстрадиола дипропионата в 1-е сутки через 8 часов, во 2-е – через 12 часов, в 3-4-е – через 24 часа. Затем можно переходить на сочетанную терапию микрофоллином и туриналом.

У женщин с потенциально корригируемой гипофункцией яичников положительный результат дает включение в комплекс лечебных средств хориогонина: препарат назначается до 12-недельного срока по 1000-5000 ЕД 2 раза в неделю, затем до 16-недельного срока – 1 раз в неделю. Параллельно продолжается прием эстрогенов и гестагенов.

Применение гестагенов противопоказано женщинам с угрожающим и начавшимся выкидышем, страдающим гиперандрогенией надпочечникового генеза. В подобных ситуация патогенетически обосновано назначение кортикостероидов – преднизолона или дексаметазона. Лечение проводят под контролем экскреции 17-КС в суточном количестве мочи. В I триместре этот показатель не должен превышать 10мг/сут (34.7 мкмоль/сут), во II триместре – 12 мг/сут (41.6 мкмоль/сут). Обычно достаточные дозы преднизолона оказываются от ½ до 1½ таблетки (2.5-7.5мг). Использование дексаметазона является более рациональным, так как он не вызывает задержки натрия и воды в организме, то есть не приводит к развитию отеков даже при длительном применении. В зависимости от исходного уровня 17-КС рекомендуются следующие дозы дексаметазона: при экскреции 17-КС, не превышающей 15 мг/сут (52 мкмоль/сут), назначается первоначальная доза в 0.125 мг (¼ таблетки); при 15-20мг/сут (52-69.3 мкмоль/сут) – 0.25 мг (½ таблетки); при 20-25 мг/сут (69.3-86.7 мкмоль/сут) – 0.375 мг (¾ таблетки); если уровень 17-КС превышает 25 мг в сутки (86.7 мкмоль/сут) – 0.5 мг (1 таблетка). В дальнейшем дозировка препарата корректируется под контролем выделения 17-КС. Обязательным исследованием у подобных больных является кольпоцитограмма с подсчетом КПИ. При КПИ ниже нормальных цифр для данного срока беременности необходимо в комплекс лечебных средств добавить эстрогены (0.0125-0.025 мг микрофоллина). Эстрогены сочетают с глюкокортикоидными препаратами и при появлении кровянистых выделений.

Во всех случаях начавшегося выкидыша, сопровождающегося кровотечением, не исключается прием симптоматических средств: аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день, этамзилат (дицинон) по 1 таблетке (0.25 г) 3 раза в день.

С целью снижения медикаментозной нагрузки на организм матери и развивающегося плода в комплекс лечебных мероприятий, направленных на ликвидацию угрозы прерывания беременности, рекомендуеься включать физические факторы. Наибольшее распространение получили физиотерапевтические процедуры, оказывающие действие на центральные или периферические механизмы, регулирующие сократительную деятельность матки: эндоназальная гальванизация; электрофорез магния синусоидальным модулированным током; индуктотермия области почек; электрорелаксация матки с помощью переменного синусоидального тока.

При истмико-цервикальной недостаточности медикаментозные и физические методы лечения являются вспомогательными. Основным методом терапии в подобных случаях признана хирургическая коррекция, которую целесообразно проводить в 13-18 недель беременности.

Подведя итог обсуждения методов лечения угрожающего и начавшегося самопроизвольного выкидыша, еще раз следует подчеркнуть, что успех лечения зависит от своевременности и адекватности выбора средств. Госпитализация больных должна осуществляться при первых, даже минимальных симптомах заболевания; лечение с первой минуты пребывания в стационаре должно проводиться в максимально необходимом объеме, и лишь при достижении эффекта можно постепенно снижать дозировки медикаментов и сужать спектр средств и методов лечения.

**При отсутствии эффекта от лечения или при позднем обращении больной за медицинской помощи происходит потеря связи плодного яйца с плодовместилищем, сопровождающееся усилением кровотечения. Сохранение беременности становится невозможным.**

Если аборт «в ходу» или неполный аборт диагностируется в I триместре беременности, то неотложная помощь состоит в опорожнении полости матки с помощью кюретки, чем достригается быстрая остановка кровотечения.

Во II триместре беременности (особенно после 16 недели) нередко происходи излитие околоплодных вод, а изгнание плода и последа задерживается. В таких случаях необходимо назначать средства, стимулирующие сократительную деятельность матки. Можно использовать различные модификации и схемы Штейна-Курдиновского. Например, после создания эстрогенного фона путем внутримышечного введения 3 мл 0.1% раствора фолликулина или 1 мл 0.1% раствора эстрадиола дипропионата больная должна выпить 40-50 мл касторового масла, через 1½ часа ей ставят очистительную клизму. После опорожнения кишечника выполняется вторая часть схемы в виде дачи хинина и питуитрина (окситоцина) в дробных дозах. Обычно используют хинина гидрохлорид по 0.05 г через 30 минут (в общей сложности 8 порошков); после приема каждых двух порошков хинина подкожно вводят 0.25 мл питуитрина или окситоцина.

Быстрого изгнания плодного яйца можно добиться путем внутривенного капельного введения окситоцина (5 ЕД окситоцина на 500 мл 5% раствора глюкозы) или простагландина F2α (5 мг препарата разводят в 500 мл 5% раствора глюкозы или изотонического раствора натрия хлорида). Вливание начинают с 10-15 капель в минуту, затем через каждые 10 минут скорость введения увеличивают на 4-5 капель в минуту до появления схваток, однако число капель не должно превышать 40 в минуту. После рождения плодного яйца, даже при отсутствии видимых дефектов плацентарной ткани или оболочек, показано выскабливание стенок полости матки большой тупой кюреткой. Если происходит задержка отделения и выделения последа производят инструментальное опорожнение матки с помощью абортцанга и кюретки.

При продолжающемся кровотечении после опорожнения матки необходимо дополнительное введение средств, сокращающих матку (1 мл 0.02% метилэргометрина, 1 мл 0.05% эрготала или 1 мл 0.05% эрготамина гидротартрата). Указанные препараты можно вводить под кожу, внутримышечно, медленно в вену или шейку матки. Параллельно с остановкой кровотечения проводят все мероприятия, направленные на коррекцию кровопотери, профилактику или лечение возможных инфекционных осложнений самопроизвольного выкидыша.

Особую настороженность необходимо проявлять при задержке погибшего плода в матке свыше 4-5 недель. Инструментальное опорожнение матки в подобных случаях может осложниться кровотечением не только в связи с потерей тонуса маточной мускулатуры, но и вследствие развития ДВС-синдрома. Обычно эти осложнения возникают при беременности в 16 и более недель. Особо тщательное наблюдение за больными необходимо проводить в течение первых 6 часов после опорожнения матки на фоне кажущегося благополучия при хорошо сократившейся матке. Лечебные мероприятия должны быть направлены на ликвидацию нарушений свертывающей системы крови, а при неэффективности терапии, следует немедленно приступить к удалению матки.

#

# 6. примерный алгоритм оказания первой помощи в поликлинике и бригадой смп

Первая помощь в условиях поликлиники:

Осмотр и опрос больной

Отсутствие эффекта от терапии, аборт «в ходу», полный или неполный аборт (усиление кровотечения)

У женщины угрожающий или начавшийся самопроизвольный выкидыш

Горизонтальное положение, покой

Проведение симптоматической терапии, препятствующей развитию геморрагического шока.

Введение медикаментов, повышающих свертываемость крови (хлористый кальций, аминокапроновая кислота, дицинон)

Инфузионная терапия (восполнение ОЦК)

Седативные средства, спазмолитики

Вызов машины СМП для транспортировки в стационарное отделение.

#### Первая помощь оказываемая бригадой СМП:

Осмотр и опрос больной, определение транспортабельности

Отсутствие эффекта от терапии, аборт «в ходу», полный или неполный аборт (усиление кровотечения)

У женщины угрожающий или начавшийся самопроизвольный выкидыш

Первая помощь - седативные средства, спазмолитики

Транспортировка в стационар в горизонтальном положении, контроль гемодинамики при кровотечении.

В стационаре проводим полный цикл обследования и лечения (см. пункт 5. ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ)

Проведение симптоматической терапии, препятствующей развитию геморрагического шока, стабилизация гемодинамики. Введение медикаментов, повышающих свертываемость крови (хлористый кальций, аминокапроновая кислота, децинон, преднизолон). Введение средств, повышающих сократительную функцию миометрия (окситоцин).

Инфузионная терапия (восполнение ОЦК)

# 6. список использованной литературы

1. **АКУШЕРСТВО** / Э.К. Айламазян. Санкт-Петербург «Специальная литература», 1998г.

2. **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ** / Э.К. Айламазян. И.Т. Рябцева Н.Новгород «НГМА», 1997г.

3. **КЛИНИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО** / И.В.Дуда, В.И. Дуда. Минск «Вышэйшая школа», 1997г.

4. **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ** / И.И. Яковлев. Л:Медицина, 1971г.

5. **АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ** / Руководство для врачей и студентов. Под ред. акад. РАМН Савельевой Г.М., Сичинава Л.Г. М:Медицина, 1997г.