**Паспортная часть**
1. Ф. И. О.: xxxxxxxxxxxxxx
2. Возраст: 31 год

3. Профессия: xxxxxxxx

4. Дата и час поступления: 02.05.2004, 15-00

5. Дата и час начала курации: 12.05.2004, 12-00

6. Жалобы на момент курации: нет

7. Жалобы на момент поступления: на тянущие боли внизу живота, повышенный тонус матки

**Анамнез**
Родилась в г. Москве 1973 году в семье рабочих, первый ребенок в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет. Образование высшее. Питается регулярно, употребляет в пищу большое количество овощей и фруктов. Вредных привычек не имеет. Условия труда - удовлетворительные. Условия быта - хорошие. Живет в теплой благоустроенной квартире. Сон - нормальный, в среднем 8 часов.

Перенесенные заболевания:
ОРВИ, ветряная оспа, вирусный паротит. Наличие туберкулеза, венерических заболеваний, вирусного гепатита отрицает. В 1992 году – операция по удалению фиброаденомы на правой молочной железе, в 1994 году – Хламидиоз. Во время беременности простудными забол6ваниями не болела.

Менструальная функция:
Менструации с 13 лет, установились в 14 лет, по 3-4 дня, наступают через 28 дней, обильные, болезненность умеренная. Цикл на протяжении жизни не менялся

Гинекологический анамнез.
Половая жизнь c 18 лет, состоит в первом браке, брак зарегистрирован, возраст мужа 59 лет, здоров, по профессии - бизнесмен. Перенесенные гинекологические заболевания: воспаление придатков.

Беременность третья, роды первые. Первая беременность в 1995 году, закончилась абортом. Вторая в 1996 закончилась абортом.

Течение данной беременности:

дата последней менструации: 8 июля.

течение первой половины беременности - без осложнений.

дата первого шевеления плода – 18 недель.

Гинекологический осмотр: шейка чистая, придатки не увеличены; выделения - бели умеренные. Срок беременности при первой явке 8 недель.
Акушерский анамнез:

Беременность третья, роды первые. Первая беременность в 1995 и вторая в 1996 году закончились абортом ,без осложнений.
В течение беременности белок в моче не появлялся, отеков не было.

Находилась на лечении в Центр Репродукции и Планирования Семьи в отделении патологии беременности с 21.04.2004. по 02.05.2004 по поводу угрозы прерывания беременности, отслойка плаценты, уреплазмоз, анемия беременных. Проводимое лечение: раствор гинипрал инфузионно и в таблетках, финоптин инфузионно, клотримазол. С 02.05.2004 переведена в Московский Центр Репродукции и Планирования Семьи.
Семейный анамнез.
Замужем. Живет с мужем. Наличие туберкулеза, вирусного гепатита, венерических заболеваний в семье отрицает.

Аллергологический анамнез:
Аллергических реакций на лекарственные препараты и продукты питания не отмечает.

Вредные привычки.
Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотиков и психотропных веществ отрицает. Во время беременности алкоголь не употребляла.

Наследственность.
Беременность у матери протекала без осложнений. Многоплодие у бабушки со стороны матери. Мать и отец беременной в настоящее время здоровы, бабушка и дедушка со стороны матери страдали гипертонической болезнью.

**Объективное исследование.**

**Общий осмотр.**

Общее состояние больной удовлетворительное.
Температура 36,3о С.
Сознание ясное.
Конституциональный тип - нормостенический.
Телосложение правильное.

Форма головы правильная, непроизвольных движений головы нет.
Отека век нет, косоглазия нет.
Кожные покровы розовые. Выраженного цианоза, иктеричности и участков патологической пигментации не наблюдается. Влажность, тургор и эластичность кожи соответствуют норме. Высыпаний, рубцов, участков гипер- или депигментации не обнаружено.
Рубцов, видимых опухолей нет. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. Волосяной покров - развит соответственно возрасту. Оволосение по женскому типу. Грибкового поражения не отмечено. Повышенной ломкости ногтей не отмечено. Осмотр проводился при естественном освещении.
Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Отёков не выявлено.
При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. Затылочные, околоушные, подбородочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.
Грудные железы симметричны, безболезненны и однородны при пальпации.
Мышцы развиты умеренно, при пальпации безболезненны, без уплотнений. Тонус мышц сохранен.
Суставы не деформированы, при пальпации безболезненны. Ограничения подвижности не наблюдается. При движении хруст и боль отсутствуют.
Телосложение правильное. Осанка правильная. Деформаций грудной клетки нет. Углы лопаток направлены вниз.
Физиологические изгибы позвоночника выражены в достаточной мере, патологических изгибов нет.
Кости не деформированы, при пальпации безболезненны. Концевые фаланги пальцев рук не утолщены.

**Система органов дыхания.**

Дыхание свободное, через нос. Отделяемого из носа нет. Одышки нет.
Слизистая зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены.

Грудная клетка конической формы (нормостеническая), симметричная.
Ширина межреберных промежутков 1,5 см. Лопатки прилегают плотно. Надключичные и подключичные ямки обозначены слабо, выражены одинаково справа и слева.
Тип дыхания грудной. Дыхание глубокое, ритмичное. Движение грудной клетки при дыхании равномерное.
Частота дыхания 20 в минуту.
Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная.
Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.
При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный легочный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.
Топографическая перкуссия легких

|  |
| --- |
| Нижние границы легких: |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 межреберье | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media  | 8 ребро | 8 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis  | 10 ребро | 10 ребро |
| l.paravertebralis | ост. отросток 11 гр. позв. | ост. отросток 11гр. позв. |

|  |
| --- |
| Высота стояния верхушек легких: |
|  | слева | справа |
| спереди | 3 см над ключицами |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

|  |
| --- |
| Подвижность нижних краев легких: |
| Топографич. линия | Подвижность нижнего края легкого (см) |
| правого | левого |
| вдох | выдох | суммар | вдох | выдох | суммар |
| среднеключ | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| среднеподмыш | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

Ширина полей Кренига слева и справа по 5 см.
Дыхание везикулярное. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

**Сердечно-сосудистая система.**

Пульс симметричный, ритмичный, обычного напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Частота 72 удара в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Варикозного расширения вен нет. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренной, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Патологической пульсации на теле не наблюдается. Капиллярный пульс не определяется.

Артериальное давление 110/70 мм Hg.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на два сантиметра кнутри от среднеключичной линии, локализованный (шириной 2 см), низкий, не усиленный, не резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом, кошачьего мурлыканья" не определяются. Надчревной пульсации не обнаружено.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца.
Правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV-ом межреберье;
Левая - в V-ом межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии;
Верхняя - на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).
Поперечный размер относительной тупости сердца - 12 см.
Конфигурация сердца нормальная.
Ширина сосудистого пучка 6 см на уровне второго межреберья.

Границы абсолютной тупости сердца.
Правая граница по левому краю грудины.
Левая граница на 2 сантиметра кнутри от среднеключичной линии в V межреберье.
Верхняя граница на 4 ребре.

Аускультация. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Раздвоения или расщепления тонов сердца не выявлено. Частота сердечных сокращений 72 удара в минуту. Шумов нет.

**Система органов желудочно-кишечного тракта.**

Губы бледно-розовые, влажные. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют. Язык розового цвета, нормальной формы и величины, спинка языка обложена, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов. Десны розовые, кровотечений и дефектов нет. Ротовая полость санирована. Слюнные железы не увеличены, безболезненны. Запаха изо рта не наблюдается.

Исследование живота:

Осмотр. Живот нормальной формы, симметричен. Вздутие живота не наблюдается. Перистальтические движения не видны. Пупок втянутый. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Грыжи не выявлены.

Перкуссия. При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено.

Поверхностная ориентировочная пальпация. Живот не напряжен. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. Болезненности не отмечается. Расхождение мышц живота, грыж белой линии не выявлено. При аускультации живота определяется (на слух) активная перистальтика кишечника.

Пальцевое ощупывание прямой кишки не проводилось.

Поджелудочная железа. Болезненности при пальпации и напряжение мышц брюшного пресса в области проекции поджелудочной железы (симптом Керте) отсутствует.

При аускультации живота определяются (на слух) отдельные перистальтические волны, отхождение газов не прослушивается.

Исследование печени и желчного пузыря:
Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует.
Пульсации печени не наблюдается. Край печени при пальпации прощупывается на 2 см ниже реберной дуги по линии medioclavicularis dextra, он мягкий, острый, легко подворачивающийся и нечувствительный.
При аускультации шума трения брюшины не отмечается.
Перкуторное определение границ абсолютной печеночной тупости по Образцову-Стражеско.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| линии | верхняя граница | нижняя граница | высота печеночной тупости (см) |
| parasternalis dextra | у верхнего края VI ребра | на 2 см ниже края реберной дуги | 9,0 |
| medioclavicularis dextra | на VI ребре | на нижем крае реберной дуги | 9,0 |
| axillaris anterior dextra | на VII ребре | на X ребре | 10,0 |

Исследование селезенки
Шум трения брюшины над селезенкой не прослушивается.

**Система органов мочевыделения.**

Визуально припухлости в почечной области не выявляется. Симптом поколачивания отрицательный.
Мочевой пузырь безболезненный, обычной величины.

**Система половых органов.**

Половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Развитие первичных и вторичных половых признаков соответствует возрасту.

**Эндокринная система.**

Мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют.
Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается. На передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется.

**Нервная система и органы чувств.**

Обоняние и вкус не изменены. Реакция зрачков на свет. Функция слухового аппарата не нарушена. Расстройств речи нет. Вестибулярный аппарат без отклонений.
Движения мимической мускулатуры свободные. Тремор не наблюдается. При пальпации по ходу нервных стволов болезненности нет. Менингеальные симптомы отсутствуют.
Дермографизм белый.
Умственное развитие соответствует возрасту.

**Акушерский статус.**

Размеры таза:

Distantia spinarum - 26 см :это расстояние между передневерхними остями подвздошных

 костей. При измерении пуговки тазомера прижимают к

 наружным краям передневерхних остей. В N 25-26 см.

Distantia cristarum - 29 см :это расстояние между наиболее отдаленными точками гребней

 подвздошных костей. После измерения Distantia spinarum

 пуговки тазомера передвигают с остей по наружнему краю

 гребня подвздошных костей до тех пор, пока не определят

 наибольшее расстояние, это расстояние и есть Distantia cristarum.

 В N 28-29 см.

Distantia trochanterica - 32 см: это расстояние между большими вертелами бедренных костей.

 При измерении отыскивают наиболее выдающиеся точки

 больших вертелов и прижимают к ним пуговки тазомера. В N

 31-32 см.

Conjugata externa - 20 см : при измерении женщину укладывают на набок, нижележащую

 ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах,

 вышележащую вытягивают. Пуговки одной ветви тазомера

 устанавливают на середине верхненаружнего края симфиза

 другой конец прижимают к надкрестцовой ямке, которая

 находится между остистым отростком V поясничного позвонка

 и началом среднего крестцового гребня. В N 20-21 см

Крестцовый ромб: равносторонний (длина диагоналей 11 см), имеет правильную форму. 11/11 - это площадка на задней поверхности крестца: верхний угол

 ромба составляет углубление между остистыми отростками V

 поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня; боковые

 углы соответствуют задневнрхним остям подвздошных костей, нижний

 – верхушке крестца. В N 11/11-12/12.

Индекс Соловьева 14 см.: 12/11, измерение сантиметровой лентой окружности лучезапястного сустава, по его значению можно судить о толщине костей таза.

 Средняя величина равна 14см.

Окружность живота 102 см на уровне пупка, высота стояния дна матки над лоном 29 см.

Наружные половые органы: слизистая оболочка влагалища цианотичная, разрыхленная, большие и малые половые губы пигментированы.

Наружнее акушерское исследование (приемы Леопольда):

 Первый прием: ладонные поверхности обеих рук располагают на матке таким образом

 чтобы они плотно охватывали ее дно с прилегающими областями

 углов матки, а пальцы были обращены ногтевыми фалангами друг к

 другу. По результатам нашего обследования можно сказать, что

 ребенок имеет продольное положение и головное предлежание.

 Второй прием: руки спускают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня

 пука и ниже. Бережно надавливая ладонями и пальцами обеих рук на

 боковые стенки матки, определяют, в какую сторону обращены спинка

 и мелкие части плода. Спинка при этом распознается по ее широкой и

 изогнутой поверхности. При надавливании на крупную часть,

 находящуюся в дне матки, в сторону лона туловище плода сгибается,

 вследствие чего спинка становится более доступной для исследования.

 Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде

 мелких, подвижных бугорков. При данном исследовании определяют

 позицию плода. в нашем случае спинка плода отклонена вправо, что

 соответствует второй позиции. Спинкой плод находится кпереди, что

 соответствует переднему виду.

 Третий прием: одной, обычно, правой рукой, охватывают предлежащую часть, после

 чего осторожно производят движения этой рукой вправо и влево. Этот

 прием позволяет определить характер предлежащей части (головка или

 ягодицы), отношение предлежащей части ко входу в малый таз. В

 нашем случае предлежащей частью является голова, она подвижна, то

 есть находится над входом в малый таз.

 Четвертый прием: исследующий становится лицом к ногам беременной и кладет руки

 плашмя по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих

 рук обращенными ко входу в малый таз, он осторожно и бережно

 проникает между предлежащей частью и боковыми отделами входа

 в таз и пальпирует доступные участки предлежащей части. При

 этом также определяют наличие или отсутствие симптома

 баллотирования, характерного для головки. Для этого кисти обеих

 исследующих рук плотно прижимают ладонными поверхностями к

 боковым отделам головки. При этом головка отталкивается влево и

 передает толчок противоположной – левой руке ( простое

 баллотирование). После этого, быстро возвращаясь в исходное

 положение, головка сообщает иногда толчок правой руке (двойное

 баллотирование).

Высота стояния дна матки над лоном: 30 см, она определяется сантиметровой лентой в

 положении лежа.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.**

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

1. группа крови В (III), Rh (+).

2. RW отриц., ВИЧ отриц.

Общий анализ крови от 04.05.2004:
1. эритроциты 3,3 1012/л
2. Hb 105 г/л
3. цветной показатель 0,8
4. тромбоциты 56 %
5. лейкоциты 11 109/л
6. эозинофилы 1%
7. сегментоядерные нейтрофилы 55%
8. лимфоциты 36%
9. моноциты 8%
10. СОЭ 31 мм/ч

Биохимия крови от 04.05.2004:

Общий белок: 65

Фибринин: 3,5

Мочевина: 2,7

Билирубин: 6,5

Железо: 21,8

АлАТ: 30

АсАТ: 28

Фосфотаза: 197

|  |
| --- |
| Анализ отделяемого мочеполовых органов. |
|  | Шейка матки | Мочеиспускательный канал | Влагалище  |
| эпителий | умеренный |
| лейкоциты | 3-8 | 8-10 | 2-6 |
| эритроциты | - | - | - |
| микрофлора | палочки |
| трихомонады | - | - | - |
| гонококки | - | - | - |

УЗИ от 26.04.2004 В полости матки 2 плода. Отмечается затруднение визуализации внутренних органов плодов. Размеры плодов соответствуют сроку беременности - 23 недель. ТП = 2.0см . Шейка матки 33х35, внутренний зев закрыт. Цервикальный канал щелевидный.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Плод I | Плод II |
| БПР | 75 | 69 |
| ОГ | 209 | 261 |
| ОТ | 231 | 236 |
| ДВ | 53 | 53 |
| масса | 1150-1200 | 1150-1200 |
| локализация | левое боковое | заднее |
| зрелость | I ст. | I ст. |
| околоплодные воды | N | N |

Заключение: беременность 26 недели, угроза прерывания беременности.

### Диагноз и его обоснование

Данная пациентка беременна, что подтверждается достоверными признаками, к которым относится:

1. пальпирующиеся части плодов. В данном случае уже определяются головка, спинка и мелкие части. Положение 1 плода продольное, головное предлежание, первая позиция, передний вид, 2 продольное, головное предлежание вторая позиция, передний вид.
2. ясно слышимые сердечные тоны плода. С помощью акушерского стетоскопа удается установить частоту сердечных сокращений – 140 уд/мин
3. движения плодов ощущаемы врачом при обследовании беременной. В нашем случае первые движения появились на 18 нед. Беременности.
4. наиболее достоверную информацию дает ультразвуковое исследование

По анамнестическими данными: дата последней менструации 8.11.03 ( 26 неделя беременности)

 В ЦПСР поступила с диагнозом: бихориальная биамниотическая двойня, угроза прерывания беременности, жалобы на тянущие боли внизу живота, повышенный тонус матки. Данные УЗ исследования подтверждают предполагаемый при поступлении диагноз.

**План ведения.**

Необходимо дополнительно назначать железо 60 – 100 мг, фолиевую кислоту 1 мг в день.

Ограничение активного образа жизни, постельный режим. Назначение бета-адреномиметических средств. Особое внимание следует обратить на функцию с/с системы, почек, выявление ранних симптомов гестоза.

**Дневник.**

13.05.2004:

Состояние удовлетворительное. Жалоб на момент обхода нет. Кожные покровы нормальные. Зрение ясное. Пульс 74 уд/мин (ритмичный). АД = 110/70. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Матка в нормотонусе, безболезненная во всех отделах. Четкие контуры. Шевеление обоих плодов ощутимо хорошо. Воды целы.

**Эпикриз.**

Во время курации отмечается улучшение со стороны плодов.
Пациентка Мистрюкова Ольга Владимировна, 31 год, поступила в отделении патологии беременных ЦПСР с жалобами на тянущие боли внизу живота, повышенный тонус матки. Диагноз при поступлении: 26 неделя беременности, угроза прерывания беременности . Было проведено лечение, направленное на сохранение беременности ( финоптин, гинипрал, валериана) , с положительным эффектом. По данным клинико-лабораторного исследования, УЗ можно сделать заключение о том, что данная пациентка находится на 26 неделе беременности, угроза прерывания беременности. На момент курации отмечается улучшенное состояние матери и плодов, планируется дальнейшее проведение ранее текущей терапии.

### РЕФЕРАТ

## Угроза прерывания беременности.

Признаки: тянущие боли внизу живота, возможно со спазмами, тяжесть внизу живота, кровяные выделения.

Наиболее частым осложнением течения беременности является угроза прерывания и недонашивание -- одна из основных причин перенатальной заболеваемости и смертности. К основным причинам угрозы прерывания беременности и не вынашивания относятся:

1)инфекционные заболевания матери(заболевание краснухой и другими инфекциями);
2) осложнения, связанные с беременностью;
3) травматические повреждения;
4) изосерологическая несовместимость крови матери и плода;
5) аномалии развития женской половой сферы;
6) нейроэндокринная патология;
7) различные неинфекционные заболевания матери;
8) хромосомные аномалии.

 Существуют генетические причины не вынашивания беременности. При наличии хромосомных аберраций эмбриона развивается угроза прерывания на ранних стадиях развития беременности. Самопроизвольный выкидыш в данном случае может рассматриваться как приспособление, выработанное в процессе эволюции, в результате чего рождение детей с уродствами встречается достаточно редко. Из эндокринных причин не вынашивания выделяют гипофункцию яичников, гиперандогению различного генеза (надпочечникового, яичникового генеза), нарушение функции щитовидной железы. Среди причин не вынашивания одно из первых мест занимают инфекционные заболевания матери. Это, прежде всего, латентно протекающие инфекционные заболевания, такие, как хронический тонзилит, инфекция мочевыводящих органов, листериоз, токсоплазмоз, микоплазменная инфекция, хронические воспалительные заболевания половых органов и вирусные инфекции. При рассмотрении иммунологических аспектов не вынашивания беременности плод может рассматриваться как аллотрансплантат в организме матери, поскольку он несет генетически чужеродные (отцовские) антигены. Наличие у плода широкого спектра антигенов приводит в действие систему "иммунологического надзора" и способствует развитию множества разнотипных иммунологических реакций, направленных на поддержание иммунологического равновесия. При определенных условиях возникает иммунологический конфликт в системе мать -- плацента -- плод, приводящий к возникновению угрозы прерывания беременности и самопроизвольному выкидышу.

 Среди пороков развития матки, как причины не вынашивания беременности, наиболее часто встречаются: двурогая, седловидная, однорогая матка, внутриматочная перегородка, удвоение матки, рудиментарная матка.

К причинам, способствующим возникновению не вынашивания беременности, также относят генитальный инфантилизм, истмико-цервикальную недостаточность, миому матки и экстрагенитальные заболевания матери.

 Течение беременности также осложняет наличие у матери экстрагенитальной патологии.

Группа повышенного риска по не вынашиванию составляют в первую очередь женщины с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, гипертонической болезнью, хроническими заболеваниями почек, сахарным диабетом, анемией.

 Преждевременному прерыванию беременности у таких женщин способствуют значительные изменения в организме: гипоксия, нарушение обменных процессов и осложнения беременности, которые сопутствуют экстрагенитальной патологии (токсикоз второй половины беременности, фетоплацентарная недостаточность).

**Статистика:** Угроза прерывания беременности в I-ом и II-ом триместрах беременности проявляется “болями”, “кровянистыми выделениями” и “болями и кровянистыми выделениями” и является неблагоприятным прогностическим признаком не только для вынашивания беременности, но и для развития токсикозов II-ой половины беременности и многоводия преимущественно в клинической группе “боли” и “боли и кровянистые выделения” (II-ой триместр), предлежания плаценты (“боли и кровянистые выделения”), неправильных положений и предлежаний плода (“боли и кровянистые выделения”), что дает возможность предвидеть эти осложнения, провести их профилактику и назначить своевременную и адекватную терапию.

**Чем опасно для ребенка**

Может произойти выкидыш. Если беременность удается сохранить, то необходимо тщательное наблюдение за развитием плода, так как угроза прерывания беременности на ранних сроках часто сопровождает какие-либо пороки развития.

**Обследование**

1. УЗИ c целью определить состояние плода, тонус матки, состояние шейки матки.
2. Анализ крови на половые гормоны: прогестерон, тестостерон, анализ мочи на 17-КС.
3. Анализ крови на гормоны щитовидной железы (по рекомендации врача).
4. Анализ крови на внутриутробную инфекцию (краснуха, токсоплазмоз, герпес, цитомегалия).
5. Анализ крови и мазок на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы.
6. Анализ крови на волчаночный антикоагулянт (ВА) и антитела к хорионическому гонадотропину (анти-ХГЧ).

**Лечение**

Лечение проводится только по назначению врача с учетом результатов обследования. Если боли незначительные, нет кровяных выделений, и раньше у вас не было выкидышей, можно проводить лечение дома. Лечение включает прием успокаивающих препаратов, витаминов, спазмолитиков и, при необходимости, гормонов. Если же появляются кровяные выделения, интенсивные боли внизу живота или у вас уже были выкидыши раньше, нужно немедленно вызвать Скорую помощь или самостоятельно обратиться в больницу.