© Н. К. Тетруашвили,
В. М. Сидельникова

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий, Москва

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПЕРВОМ И ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ

■ **Данная статья освещает вопросы ведения пациенток с кровотечениями в первом и втором триместрах беременности, в частности, использование транексамовой кислоты в составе патогенетической терапии угрожающего и начавшегося выкидыша.**

■ **Ключевые слова:** кровотечение; беременность; угрожающий аборт; выкидыш; транексамовая кислота

Кровотечение во время беременности — один из самых опасных симптомов, который может быть проявлением различных состояний. Акушерская тактика при кровотечениях различна в зависимости от причинных факторов, срока гестации, состояния женщины и плода.

Согласно классификации ВОЗ к кровотечениям в ранние сроки беременности относятся все случаи кровянистых выделений из половых путей женщины до 22 недель беременности. Однако в связи с различными состояниями, приводящими к кровотечениям в первом и втором триместрах беременности практически более удобно разделять данные клинические ситуации по триместрам.

I триместр беременности.

Причинами, ведущими к кровянистым выделениям из половых путей являются:

1) имплантационное кровотечение;
2) внематочная беременность;
3) угрожающий аборт;
4) начавшийся аборт;
5) свершившийся аборт;
6) неразвивающаяся беременность;
7) пузырный занос.

Дифференциальный диагноз при кровотечениях, сопровождающихся задержкой менструации или другими нарушениями менструального цикла необходимо проводить между вышеуказанными состояниями и ситуациями, не связанными с беременностью — дисфункциональными маточными кровотечениями, заболеваниями тела матки и шейки матки (табл.).

Угрожающий аборт — одно из наиболее частых осложнений беременности. Кровянистые выделения из половых путей в первом и втором триместрах являются отражением проблем в процессах имплантации и плацентации, однако независимо от причины требуют срочного назначения симптоматической терапии.

Кроме того, необходимо помнить, что у резус-отрицательных женщин при беременности от резус-положительного партнера при отсутствии резус-антител в крови, в случае кровотечений из половых путей (при начавшемся, свершившемся самопроизвольном, искусственном аборте, антенатальной гибели плода, внематочной беременности) в сроках более 7 недель беременности обязательным является проведение профилактики резус-иммунизации путем внутримышечного введения анти- Rh0 (D) иммуноглобулина.

В зависимости от клинической симптоматики различают угрожающий самопроизвольный аборт, начавшийся, аборт в ходу (неполный или полный), неразвивающуюся беременность, инфицированный аборт.

Угрожающий аборт проявляется тянущими болями внизу живота и в пояснице, скудными кровянистыми выделениями

Таблица

Дифференциальная диагностика состояний, приводящих к появлению кровянистых выделений

Причины	Жалобы	Осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование	ХГЧ	УЗИ
Угрожающий / начавшийся аборт	Кровянистые выделения и тянущие боли внизу живота	Кровянистые выделения из цервикального канала, матка увеличена соответственно сроку беременности, в повышенном тонусе	Соответствует сроку беременности или незначительно меньше нормативных значений	В полости матки определяется плодное яйцо, могут быть участки отслойки с образованием гематом
Внематочная беременность	Интенсивные боли внизу живота, может быть коллапс, потливость, головокружение, возможны скудные кровянистые выделения из половых путей. При прогрессирующей трубной беременности боли в низу живота могут быть ноющими и не интенсивными	Скудные кровянистые выделения из цервикального канала, увеличение матки меньше предполагаемого срока беременности, с одной стороны пальпируется болезненное образование. При наличии жидкости в позадиматочном пространстве задний свод влагалища провисает	Меньше норм, принятых для данного срока беременности. В ряде случаев на ранних сроках при прогрессирующей внематочной беременности может быть в пределах нормативных значений в данном сроке беременности	В полости матки плодное яйцо не определяется. В области придатков матки определяется образование, в некоторых случаях при прогрессирующей беременности возможна визуализация эмбриона и его сердцебиения вне полости матки. Может определяться свободная жидкость в брюшной полости
Пузырный занос	Кровянистые выделения из половых путей, задержка менструации, могут быть тянущие боли внизу живота	Увеличение матки в размерах может быть больше предполагаемого срока беременности, тугоэластической консистенции, из цервикального канала — кровянистые выделения, иногда отторгаются пузырьки — гидропически измененные ворсины хориона	Превосходит нормативные значения для данного срока беременности	Характерная ультразвуковая картина, в матке определяется измененный хорион, состоящий из пузырьков, эмбриона нет
Нарушения менструального цикла	Жалобы на задержку менструации, скудные кровянистые выделения, боли внизу живота (редко бывают интенсивными). Как правило, у пациентки это не первый эпизод подобных нарушений	Матка не увеличена	Тест отрицательный	В полости матки плодное яйцо не определяется. УЗ-картина в области придатков матки может быть различной в зависимости от причинного фактора нарушений менструального цикла
Заболевания шейки матки	Кровянистые выделения часто возникают контактно, после осмотра, полового акта, нет задержки менструации	Матка не увеличена. При осмотре шейки матки в зеркалах и кольпоскопии определяется патология шейки матки	Тест отрицательный	В полости матки плодное яйцо не определяется. Придатки матки могут быть нормальных размеров и структуры
Заболевания тела матки (опухоли, субмукозная миома матки)	Кровянистые выделения могут быть обильными, нет задержки менструации	Размеры тела матки могут быть увеличены, матка плотной консистенции, иногда ее поверхность неровная, бугристая	Тест отрицательный	В полости матки плодное яйцо не определяется. Удается определить патологию эндометрия или узлы миомы

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА и ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ ТОМ LVI ВЫПУСК 2/2007 ISSN 1684-0461

из половых путей. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности. При ультразвуковом исследовании регистрируется сердцебиение плода.

При **начавшемся** аборте боли и кровянистые выделения из влагалища более выражены, цервикальный канал приоткрыт. Необходимо диагностировать следующие акушерские осложнения: отслойку хориона (плаценты) и ее размеры, предлежание или низкое расположение хориона (плаценты), кровотечение из второго рога матки при пороках ее развития, гибель одного плодного яйца при многоплодной беременности.

При аборте в ходу тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности, определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия, величина матки меньше предполагаемого срока беременности, в более поздние сроки беременности возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зев открыты, элементы плодного яйца — в цервикальном канале или во влагалище. Кровянистые выделения могут быть различной интенсивности, чаще обильные.

Неполный аборт — состояние, сопряженное с задержкой в полости матки элементов плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях может вести к большой кровопотере и гиповолемическому шоку. Чаще встречается после 12 недель беременности, в случае, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, кровянистые выделения из цервикального канала обильные, при ультразвуковом исследовании в полости матки определяются остатки плодного яйца, во втором триместре — плацентарной ткани.

Инфицированный аборт — состояние, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровянистыми, иногда гноевидными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре — тахикардия, тахипное, дефанс мышц передней брюшной стенки, при бимануальном исследовании — болезненная, мягкой консистенции матка, шейка матки расширена. Воспалительный процесс чаще всего вызван золотистым стафилококком, стрептококком, грам-отрицательными микроорганизмами, грам-положительными кокками. При отсутствии антибактериальной и детоксикационной терапии возможна генерализация инфекции в виде сальпингита, локального или разлитого перитонита, септицемии.

Неразвивающаяся беременность (антенатальная гибель плода) — гибель эмбриона или плода на сроках до 20 недель беременности при отсутствии экспульсии элементов плодного яйца из полости матки.

Для уточнения диагноза необходимо провести осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах (при подозрении на новообразования шейки матки — кольпоскопия и биопсия), осторожное бимануальное исследование, определение уровня хорионического гонадотропина в крови.

Очень важная роль в диагностике принадлежит ультразвуковому исследованию, которое позволяет вовремя диагностировать такие состояния, требующие хирургического вмешательства, как внематочная беременность, пузырный занос, а также определиться с тактикой ведения женщин с угрожающим и начавшимся абортом, провести дифференциальный диагноз с неразвивающейся беременностью.

Так, при ультразвуковом исследовании неблагоприятными признаками в плане развития плодного яйца при маточной беременности являются:

- Отсутствие сердцебиения эмбриона с копчико-теменным размером более 5 мм.
- Отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца, измеренных в трех ортогональных плоскостях более 25 мм при трансабдоминальном сканировании и более 18 мм при трансвагинальном сканировании.

К дополнительным ультразвуковым признакам, свидетельствующим о неблагоприятном исходе беременности относятся:

- Аномальный желточный мешок, который может быть больше гестационного срока, неправильной формы, смещен к периферии или кальцифицирован.
- Частота сердечных сокращений эмбриона менее 100 ударов в минуту в гестационном сроке 5–7 недель беременности.
- Большие размеры ретрохориальной гематомы — более 25 % поверхности плодного яйца.

При внематочной беременности, пузырном заносе, неразвивающейся беременности, инфицированном аборте — лечение хирургическое.

Лечение при угрожающем и начавшемся выкидыше

Целью лечения является расслабление матки, остановка кровотечения и пролонгирование беременности в случае наличия в матке жизнеспособного эмбриона или плода.

Согласно рекомендациям, принятым в нашей стране, угрожающий выкидыш является показанием для госпитализации в стационар [3].

При угрожающем аборте назначают постельный режим (физический и сексуальный покой), спазмолитические препараты (дротаверина гидрохлорид, ректальные свечи с папаверина гидрохлоридом, препараты магния), растительные седативные лекарственные средства (отвар пустырника, валерианы).

Назначение препарата фолиевой кислоты в суточной дозе 0,4 мг ежедневно до 16 недель беременности.

Дротаверина гидрохлорид назначают при выраженных болевых ощущениях внутримышечно по 40 мг (2 мл) 2–3 раза в сутки с последующим переходом на пероральный прием от 3 до 6 таблеток в сутки (40 мг в 1 таблетке).

Свечи с папаверина гидрохлоридом применяют ректально по 20–40 мг 2 раза в сутки.

Препарат магния (в 1 таблетке — магния лактат 470 мг + пиридоксина гидрохлорид 5 мг) — препарат, обладающий спазмолитической и седативной активностью, назначается в суточной дозе 4 таблетки — по 2 таб. 2 раза в день или по 1 таб. утром, 1 таб. днем и 2 таблетки на ночь. Длительность приема 2 недели и более (по показаниям).

При выраженных кровянистых выделениях из половых путей с гемостатической целью используется этамзилат по 250 мг в 1 мл — по 2мл внутримышечно 2 раза в сутки с переходом на пероральный прием по 1 таблетке (250 мг) 2–3 раза в день. Длительность лечения устанавливается индивидуально в зависимости от интенсивности и длительности кровянистых выделений.

Мы располагаем опытом использования транексамовой кислоты для остановки кровотечений в первом и втором триместрах беременности.

Транексамовая кислота используется в суточной дозе от 750 до 1500 мг (250 мг в таблетке). Препарат применяют по 250–500 мг 3 раза в день в течение 5–7 дней, далее по показаниям.

После уточнения причин угрозы прерывания беременности используются препараты, корригирующие выявленные нарушения.

Среди причин, ведущих к симптомокомплексу угрожающего выкидыша, выделяют:

- эндокринопатии;
- иммунологические проблемы (ауто- и аллоиммунные);
- инфекционно-воспалительный фактор (как триггер иммунопатологических процессов);
- анатомические причины (пороки развития матки, миома матки, синехии);
- нарушения процессов формирования плодного яйца (хромосомные, генные проблемы или «поломки» de novo).

В последнем случае гибель эмбриона часто становится необратимым следствием его неправильного развития. Во всех остальных случаях предпринимаемые попытки остановить прогрессирование угрозы прерывания беременности делают возможным добиться рождения генетически полноценного ребенка.

В зависимости от причины, приводящей к угрожающему выкидышу, проводится подбор этиопатогенетической терапии. Однако при кровотечениях в первом и втором триместрах беременности в начале лечения на первый план выходит необходимость остановки кровотечения без ущерба для организма матери и формирующегося плода.

Во втором триместре беременности кровянистые выделения из цервикального канала могут быть следствием различных состояний, среди которых наиболее частыми являются:

- отслойка плаценты без образования гематом;
- отслойка плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы;
- формирование заоболочечной гематомы;
- «миграция» формирующейся плаценты при низком расположении или предлежании;
- децидуальная реакция пустующей полости матки при пороках развития матки (двурогая матка, удвоение матки);
- редукция одного эмбриона/плода из двойни или тройни.

Правильная оценка клинической ситуации помогает определить интенсивность и необходимую длительность проведения гемостатической терапии.

Во втором триместре беременности исключительно важным является провести дифференциальный диагноз между кровотечением из половых путей и кровотечением, сопровождающимся подтеканием околоплодных вод при высоком боковом разрыве плодного пузыря. При кажущейся наглядности ситуации диагностика данного состояния не всегда бывает простой, так как тесты на подтекание околоплодных вод часто оказываются ложно негативными в условиях кровотечения. Иногда только нарастающее маловодие по данным динамического УЗ-исследования позволяет правильно поставить диагноз. При подтекании околоплодных вод в сроках 20–22 недели беременности и ранее прогноз, как правило, неблагоприятный.

При редукциях одного плода из двойни или тройни (особенно в конце первого и втором триместрах беременности) исключительно важным представляется своевременное назначение антибактериальной терапии (длительность курса не менее 7 дней), контроль лейкоцитоза и палочкоядерного сдвига в динамике, а также гемостазио-

логический контроль для своевременной диагностики и коррекции проявлений ДВС-синдрома.

Тот же подход необходим при наличии в полости матки больших (более 3 см) ретроплацентарных и заоболочечных гематом, возникающих в результате отслойки нормально- или низкорасположенной плаценты. При наличии воспалительных изменений по данным клинического анализа крови решается вопрос об антибактериальной и системной энзимотерапии.

Кроме того, очень важно вовремя остановить кровотечение, так как длительные кровянистые выделения нарушают функционирование фетоплацентарного комплекса, создают предпосылки для формирования плацентарной недостаточности и способствуют активации воспалительных процессов в полости матки.

Препарат для гемостатической терапии, используемый в первом и втором триместрах беременности должен отвечать ряду требований:

- отсутствием эмбриотоксического и тератогенного эффектов;
- быстрым и эффективным действием, так как фактор времени при угрожающем и начавшемся аборте выходит на первый план;
- отсутствием кумулятивного эффекта;
- отсутствием выраженных изменений в системе гемостаза.

Последний фактор является особенно важным, так как активация внутрисосудистого свертывания, с одной стороны, может вести к микротромбозу, что нарушает плацентацию особенно в условиях физиологической гиперкоагуляции при беременности, а с другой стороны, небезопасно для организма матери в связи с опасностью развития тромбоза.

Использовавшийся с гемостатической целью препарат трансамин, действующим веществом которого являлась транексамовая кислота, обладал всеми вышеперечисленными качествами и использовался при кровотечениях во время беременности с выраженным положительным эффектом до 2001 года. Был позитивный опыт применения транексамовой кислоты профилактически у больных с изокоагуляцией, не соответствующей гестационному сроку, в родах и во время операции кесарева сечения, а также для остановки акушерских кровотечений [1].

Являясь антифибринолитическим средством, транексамовая кислота ингибирует действие активатора плазмина и плазминогена, что обуславливает гемостатический эффект без выраженного влияния на систему гемостаза в целом на системном уровне [2].

Так, исследования, проведенные в Скандинавии, показали, что за период свыше 19 лет на примере 238 000 женщин не отмечено повышения частоты тромботических осложнений по сравнению с обычным уровнем тромбозов среди пациенток того же возраста. В исследованиях, проведенных у беременных женщин, доказано, что при применении транексамовой кислоты не происходит повышения коагуляционного потенциала крови и, следовательно, риск тромбоза не повышается по сравнению с пациентками, не принимавшими препарат [4, 5].

Вторым, безусловно, важным фармакологическим свойством транексамовой кислоты является ее противовоспалительное действие за счет подавления образования кининов, провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли, интерлейкина 1, интерлейкина 2) и других активных пептидов, участвующих в воспалительных и аллергических реакциях.

В отделении профилактики и терапии невынашивания беременности мы располагали опытом применения транексамовой кислоты при кровотечениях в первом и втором триместрах на примере препаратов трансамин и трансамча. Препарат японского производителя Daiichi Pharmaceutical трансамча использовался с выраженным положительным эффектом для остановки кровотечений во время беременности. Не отмечено эмбриотоксического или тератогенного эффекта, тромботических осложнений за более чем 5 лет применения. После ухода с фармакологического рынка препаратов транексамовой кислоты образовалась ниша, которую не могли заполнить препараты с менее выраженным гемостатическим эффектом — дицинон, эпсилон-аминокапроновая кислота. Эти данные подтверждены и исследователями — гематологами, которые отмечают бóльшую эффективность транексамовой кислоты по сравнению с другими антифибринолитиками [2].

С появлением на отечественном рынке препарата транексамовой кислоты под торговым названием «Транексам» фармакологической компании «Мир-Фарм» мы вновь получили возможность быстрой и эффективной остановки кровотечений в первом и втором триместрах беременности.

Цель исследования: изучение эффективности препарата «Транексам» в остановке кровотечения и пролонгировании беременности у женщин с угрожающим выкидышем и невынашиванием в анамнезе.

Критерии включения в группу исследования:

- срок беременности от 5 до 22 недель;
- угрожающий выкидыш на момент включения в исследование, проявляющийся болями внизу живота и в пояснице и кровянистыми выделениями из половых путей;
- выкидыши в исходах предыдущих беременностей.

Критерии исключения:
- аномалии развития эмбриона/плода;
- тяжелые экстрагенитальные заболевания матери, являющиеся противопоказаниями для пролонгирования беременности;
- нарушение целостности плодного пузыря (подтекание околоплодных вод).

На основании данных критериев было отобрано 80 женщин, которые были поделены на 2 группы, в зависимости от проводимой терапии. Основную группу составили 40 женщин, получавших с гемостатической целью препарат транексам в суточной дозе 750 мг (по 250 мг 3 раза в день) до остановки кровотечения и спазмолитическую терапию. Группу сравнения составили 40 женщин с угрожающим выкидышем в тех же гестационных сроках, которым проводилась гемостатическая терапия препаратом этамзилат натрия и лечение спазмолитиками.

Пациентки были сопоставимы по возрасту (32,1 ± 2,6 лет и 31,2 ± 2,5 лет соответственно) и репродуктивному анамнезу. Частота привычного невынашивания беременности составила 30,0 % в основной группе и 27,5 % в группе сравнения.

При анализе анамнестических данных отмечено от 1 до 5 потерь беременности (мода 3) на сроках от 5 до 12 недель гестации. Клинические методы включали анализ гинекологической заболеваемости, репродуктивной функции. Проводилась ультразвуковая диагностика в первом триместре беременности. Лабораторные методы исследования включали: гемостазиологическое обследование (тромбоэластография, определение фибриногена, АВР, АЧТВ, определение уровня Д-димера), тесты для выявления аутоиммунных процессов — волчаночный антикоагулянт, определение антифосфолипидных антител методом ИФА, выявление аллоиммунного фактора — изучение совместимости супругов по системе HLA I и II классов. Гормональное исследование включало определение уровней дегидроэпиандростерона сульфата, 17-оксипрогестерона, тиреотропного гормона, свободного Т4.

Статистическая обработка данных выполнена на индивидуальном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistica for Windows v. 7.0, StatSoft Inc (США). Вычислялись средняя арифметическая (M), ошибка средней (m), вероятность ошибки по критерию Стьюдента. Различия между выборочными совокупностями считались достоверными при уровне ошибки $p < 0,05$ (95 % уровень значимости) и при $p < 0,01$ (99 %-й уровень значимости). Кроме того, вычислялись относительный риск и снижение относительного риска с применением метода четырехпольных таблиц.

В структуре причинных факторов угрожающего выкидыша эндокринопатии составили 25,0 % в основной группе, 22,5 % в группе сравнения, иммунологические причины — 22,5 и 20,0 %, инфекционно-воспалительный фактор — 42,5 и 45,0 %, анатомические нарушения 10,0 и 12,5 % соответственно. Таким образом, пациентки были отобраны в исследование на основании принципа сопоставимости возрастных и причинных факторов угрозы выкидыша.

Всем женщинам помимо гемостатической и спазмолитической терапии проводился подбор лечения в зависимости от выявленных причинных факторов.

При ультразвуковом исследовании ретрохориальные/ретроплацентарные гематомы отмечены у 25 женщин основной группы (62,5 ± 7,7 %) и 23 пациенток из группы сравнения (57,5 ± 7,8 %), заоболочечные гематомы диагностированы у 5 (12,5 ± 5,2 %) и 6 (15,0 ± 5,6 %) женщин соответственно. У остальных беременных имели место кровянистые выделения из половых путей вследствие отслойки хориона/плаценты или оболочек без образования гематом.

Оценивались длительность кровотечения из половых путей, регресс ретрохориальных/ретроплацентарных и заоболочечных гематом, длительность пребывания в стационаре, пролонгирование и исход беременности.

Установлено, что остановка кровотечения при использовании препарата транексам в среднем наступала на 2-е сутки от начала терапии, длительность кровотечения в среднем составила 2,1 ± 0,2 дней, тогда как в группе, принимавшей этамзилат натрия, длительность кровотечения была достоверно больше — 5,6 ± 0,3 ($p < 0,001$). Необходимость стационарного лечения составила в основной группе 6,7 ± 0,2 и 13,6 ± 1,2 койкодней соответственно ($p < 0,001$).

Эти данные коррелировали и с ультразвуковой картиной, свидетельствующей о регрессе гематом в полости матки. При использовании препарата транексам происходила быстрая остановка кровотечения и как следствие организация и рассасывание гематом в полости матки в более короткие сроки — у 10 из 30 (33,3 ± 8,6 %) женщин основной группы и у 6 из 29 (20,7 ± 7,5 %) женщин в группе сравнения на этапе стационарного лечения. Относительный риск составил 1,43, что указывает на достоверность полученных данных. Полное отсутствие гематом отмечено в основной группе за 2 недели, в группе сравнения за 3,5 недели.

При анализе показателей гемостаза у женщин, получавших терапию транексамом, не отмечено достоверных изменений в показателях гемостаза (на системном уровне) до и после лечения.

Успешное пролонгирование беременности наблюдалось в основной группе в 95,0 ± 3,4 % случаев, в группе сравнения в 92,5 ± 4,2 %. Относительный риск составил 0,67, снижение относительного риска 0,33, различия статистически не достоверны. У 2 пациенток в основной группе была диагностирована неразвивающаяся беременность в 5–6 недель, в 3 случаях в группе сравнения — потери беременности в сроках от 5 до 11 недель.

Таким образом, установлено, что препарат транексам в средних суточных дозах (750 мг в сутки) при длительности курса лечения 5–7 дней оказывает выраженный гемостатический эффект при кровотечениях в первом и втором триместрах беременности и не вызывает побочных эффектов.

Выводы

Включение препарата транексам в комплексную терапию больных с угрожающим выкидышем и невынашиванием беременности позволяет быстро остановить кровотечение, не влияя на показатели системы гемостаза. Остановка кровотечения в группе пациенток, получавших транексам, наступала в более короткие сроки по сравнению с женщинами, использовавшими этамзилат натрия (2,1 ± 0,2 и 5,6 ± 0,3 дней соответственно, $p < 0,001$), что требовало меньшей продолжительности стационарного лечения (6,7 ± 0,2 койко-дня по сравнению с 13,6 ± 1,2 койко-днями ($p < 0,001$)).

Таким образом, использование препарата транексам в программе лечения женщин с кровотечением из половых путей в первом и втором триместрах беременности позволяет ускорить регресс признаков угрожающего выкидыша и способствовать успешному пролонгированию беременности.

Литература

1. *Баранов И. И.* Современные принципы лечения акушерских кровотечений / Баранов И. И. // Вестн. Российск. ассоц. акушеров-гинекологов. —1999. — № 2.
2. *Плоткин Д. В.* Современные средства лекарственной гемостатической терапии / Плоткин Д. В., Поварихина О. А. // ФАРМиндекс-Практик. —2004. — Вып. 6. — С. 40–46.
3. *Сидельникова В. М.* Привычная потеря беременности / Сидельникова В. М. — М.: Триада-Х, 2000. — 304 с.
4. *Lindoff C.* Treatment with tranexamic acid during pregnancy, and the risk of thrombo-embolic complications / Lindoff C., Rybo G., Astedt B. // Thromb. Haemost. — 1993. — Vol. 70, N 2. — P. 238–240.
5. *Walzman M.* Effects of tranexamic acid on the coagulation and fibrinolytic systems in pregnancy complicated by placental bleeding / Walzman M., Bonnar J. // Arch. Toxicol. Suppl. — 1982. — Vol. 5 — P. 214–220.

Статья представлена Т. У. Кузьминых
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

MANAGEMENT OF FIRST AND SECOND TRIMESTER BLEEDING

Tetruashvili N. K., Sidelnikova V. M.

■ **Summary:** This review focuses on the management of threatened abortion, especially use tranexamic acid (hemostatic therapy) together with pathogenetic treatment of patients with vaginal bleeding in the first and the second trimester of pregnancy.

■ **Key words:** bleeding; pregnancy; threatened abortion; miscarriage; tranexamic acid