**Содержание**

**Введение………………………………………………………………..………..3**

1. **Причины и первая помощь при кровотечении в первой половине беременности……………………………………………………………..….….5**

1.1 Отторжения эмбриона от стенки матки (выкидыш)……………….5

1.2 Внематочной беременности……………………………………...….7

1.3 Пузырного заноса……………………………………………………8

1.4 Неразвивающаяся (замершая) беременность ……………………..9

1.5 Патология шейки матки (полипы, эррозии, рак)………..………..13

1.6 Травма половых органов……………………………………………15

**2. Определения диагноза и лечение кровотечения в первой половине беременности…………………………………………………………………..16**

2.1 Определения диагноза при кровотечении в первой половине беременности……………………………………………………………..…….16

2.2 Лечение кровотечения в первой половине беременности………..20

**3. Профилактика при кровотечении в первой половине беременности…………………………………………………………………..24**

**Заключение…………………………………………………………………….30**

**Список используемой литературы………………………………………….32**

**Введение**

Беременность - это трудоемкий физиологический процесс, который может быть сопровождаемым разными осложнениями, даже такими, которые вызывают маточные или же вагинальные кровотечения. Обычно, более опасны с данной точки зрения 1 и заключительный триместр беременности, точнее, самые 1-ые и последние ее недели.

Первые недели беременности - это время масштабной перестройки организма женщины, гормональной и физиологической.

Актуальность темы заключается в том, что в акушерской практике кровотечения продолжают оставаться более суровой проблемой, так как среди обстоятельств материнской смертности они составляют 20–25 %.

Кровотечения при беременности занимают одно из водящих мест в акушерской патологии, способствуя развитию разных болезней у женщин.

Часто они являются предпосылкой следующей инвалидизации женщин, развития у них астеновегетативных, нейроэндокринных синдромов, миокардитического кардиосклероза и остальных болезней. Частота родов, осложненных маточными кровотечениями, составляет от 8 до 11 % и не имеет тенденции к понижению.

В структуре материнской смертности за крайние 20 лет кровотечения вышли на 1 место.

Это может быть связано с изменением критерий жизни, влиянием неблагоприятных факторов внешней среды, увеличением числа женщин с экстрагенитальной патологией, что приводит к нарушению гармоничного развития беременности и в связи с этим — к разным формам акушерской патологии, в том числе и к маточным кровотечениям во время беременности и родов.

Таким образом, целью является изучения кровотечения в первой половине беременности. Для этого необходимо решить следующие задачи:

1. Определить причины кровотечения в первой половине беременности.

2. Исследовать диагнозы и лечение кровотечения в первой половине беременности.

3. Рассмотреть способы профилактики при кровотечении в первой половине беременности.

Курсовая работа состоит из содержания, введения, основной части (3главы), заключения по всей работе и список используемой литературы.

1. **Причины и первая помощь при кровотечении в первой половине беременности**

**1.1 Отторжения эмбриона от стенки матки (выкидыш).**

Правильное название предоставленного состояния – самопроизвольной аборт, которым принято полагать прерывание беременности на сроке до 28 недели. При нем у женщины открывается шейка матки, и плодное яйцо отчасти или полностью изгоняется из полости матки.

**Причины, которые могут спровоцировать ранний выкидыш следующие**:



Рис. 1 Угрожающий самопроизвольный аборт[[1]](#footnote-1)

* генетические нарушения у плода;
* гормональный дисбаланс в организме матери (недостаточность прогестерона, избыток тестостерона);
* резус-конфликт матери и ребенка (когда у матери R-, а у отца R+);
* инфекция;
* прием медикаментов;
* [сильный стресс](http://okeydoc.ru/stress-vidy-prichiny-simptomy-i-lechenie/);
* неправильный образ жизни;
* травма, падение.

Данная патология сопровождается болями с локализацией внизу живота, завышенным тонусом матки, кровянистыми выделениями, переходящими в кровотечение. Состояние женщины напрямую зависит от размера кровопотери, срока, наличия у нее анемии и остальных заболеваний.

Важно: при самопроизвольном выкидыше нужно приостановить вовремя кровотечение, чтоб избежать геморрагического шока, который начинается при утрате большого размера крови( персонально для каждой пациентки). Если беременность не удаётся сохранить, прибегают к выскабливанию.

Кровотечение при беременности 12 недель расценивают как ранний аборт, и оно нередко происходит по невыясненной фактору. С 13 по 28 неделю речь идет о позднем аборте. 2-8 беременностей из 100 кончаются самопроизвольным выкидышем по различным причинным факторам.

Кровянистые выделения имеют различную характеристику( от мажущихся до обильных), как и болевой синдром( от ноющих до тупых болей внизу живота). Сохраняют обычно беременность в случае угрожающего и начинающегося аборта, но чем больше утеряно крови, тем хуже прогноз.

*Самопроизвольный аборт имеет поэтапное течение:*

• Угрожающий выкидыш. Это состояние может сопровождаться чрезвычайно скудными кровянистыми выделениями, боль выражена слабо и имеет тупой ноющий характер с локализацией в нижней доли живота.

• Начавшийся аборт. При нем выделение крови станет также необильное, а боли схваткообразные. Данная стадия самопроизвольного выкидыша обычно протекает при удовлетворительном самочувствии. Женщина должна быть доставлена в гинекологический стационар для решения вопроса относительно необходимости сохранения беременности. Прогноз в данном случае может быть благоприятным, но все зависит от размера кровопотери.[[2]](#footnote-2)

• Аборт в ходу. У пациентки наблюдается мощное кровотечение и схваткообразная боль внизу живота. Это состояние требует безотлагательной госпитализации и принятия соответственных мер (выскабливание матки, гемотрансфузии для возмещения потерянной крови).

• Аборт неполный. Кровь выделяется сгустками и владеет тёмный оттенок, ее может быть много. Обязательно присутствует болевой синдром. Беременность сберечь в таком случае невозможно, поэтому прибегают к выскабливанию полости матки.

• Полный самопроизвольный выкидыш. Чаще только он происходит на очень ранних сроках беременности. Клиническая картина выглядит последующим образом: сокращение матки, открытие канала шейки матки, устранение из маточной полости плодного яйца с неким количеством крови, закрытие зева шейки и прекращение кровотечения. Полный самопроизвольный аборт не требует срочной помощи, но женщину все же госпитализируют. В стационаре ей выполняют диагностическое выскабливание. Эта процедура позволяет убедиться в том, что в полости матки не осталось частиц плодного яйца.

* 1. **Внематочной беременности.**



Рис.2 Внематочная беременность

Ее также именуют эктопической беременностью, при которой яйцеклетка после оплодотворения имплантируется и начинает развиваться вне маточной полости. Типичные места ее локализации – это трубы, брюшная полость, яичники, шейка матки, рудиментарный рог (однорогая матка).

Формируется внематочная беременность в итоге таких патологий в анамнезе:

• аднексит;

• аборт;

• генитальный инфантилизм;

• эндометриоз;

• эндомиометрит;

• оперативные вмешательства на внутренних половых органах;

• гормональный дисбаланс.

Она может быть прогрессирующей и нарушенной вследствии разрыва трубы или яичника. В некоторых вариантах это состояние завершается трубным абортом.[[3]](#footnote-3)

Основной симптом в данном случае – это кровянистые выделения при беременности, которые " мажутся ", у женщин присутствует задержка менструации, она жалуется на боли внизу живота. Внематочная беременность также может стать предпосылкой острого живота, состояния требующего срочной медицинской помощи вследствии разрыва маточной трубы. Такая разновидность беременности может развиваться максимум до 8 недели, а после начинается разрыв трубы и открывается кровотечение( внутреннее и наружное).

Обязательно должно быть проведено гинекологическое исследование и УЗИ, чтоб верно верифицировать диагноз.

**1.3 Пузырного заноса**

Эта патология является разновидностью трофобластических заболеваний, какие формируются из производных женской и мужской половых клеток. Пузырный занос может развиваться как во время физической, так и эктопической беременности, после родов, искусственного аборта, при воспалительных процессах половой системы, гормональных нарушениях. Данная болезнь характеризуется наличием модификаций в хорионе: наблюдаются увеличенные размеры ворсин с формированием на них пузырькообразных элементов. Поражает она в большей степени женщин в юном возрасте от 20 до30 лет.

Симптоматика пузырного заноса:

• задержка месячных до 2-4 месяцев (женщина считает себя беременной);

• кровянистые выделения (они возникают в результате отторжения пузырьков) с наличием в них тех самых пузырьков;

• матка при гинекологическом осмотре не соответствует предполагаемому сроку беременности;

• при проведении УЗД на 20 неделе плод в матке не визуализируется, но видна картина " снежной бури ";

• очень сильно выражена клиника раннего токсикоза;

• титр хорионического гонадотропина в крови больше нормы в 1000 раз;

• кровотечение можно купировать лишь посредством выскабливания маточной полости.

**1.4 Неразвивающаяся (замершая) беременность**

По результатам УЗИ выделяют два типа неразвивающейся беременности: анэмбриония (рис. 24-1) и гибель эмбриона (плода) (рис. 24-2).

Эхографически распознают анэмбрионию I и II типа. При I типе анэмбрионии зародыш не визуализируется, размер среднего диаметра плодного яйца не превышает 2, 0–2, 5 см, размеры матки соответствуют 5–7-й неделе беременности. Решающее диагностическое значение имеет отставание размеров матки и плодного яйца от срока беременности, прекращение их роста при динамическом наблюдении.



Рис. 3 Неразвивающаяся беременность по типу анэмбрионии.[[4]](#footnote-4)



Рис. 4 Неразвивающаяся беременность по типу гибели эмбриона.

При II типе анэмбрионии, несмотря на отсутствие эмбриона или визуализацию его остатков (обычно в виде позвоночного сгиба), плодное яйцо растёт с обычной скоростью. К 10–11-й неделе беременности диаметр плодного яйца достигает 4, 5–5, 5 см. При II типе анэмбрионии отчетливо не выявляется закладка ворсинчатого хориона, в норме определяемая уже с 8-й недели беременности.

Неразвивающаяся беременность — полиэтиологическое осложнение беременности, более частой причиной является хронический эндометрит с персистенцией условно патогенных микроорганизмов и/ или вирусов. Известно, что при первичном инфицировании на ранних сроках беременности вероятны повреждения эмбриона, несовместимые с жизнью, приводящие к спорадическому самопроизвольному выкидышу.

У большинства женщин с замершей беременностью и хроническим эндометритом отмечают преобладание в эндометрии двух-трёх и более видов облигатных анаэробных микроорганизмов и вирусов. Но вероятны и другие причины, способствующие неразвивающейся беременности:

• анатомические аномалии;

• хромосомные дефекты;

• нарушения свертывающей системы крови.

В настоящее время больший интерес вызывают генетические, иммунные, тромбофилические факторы, являющиеся менее изученными. Тромбофилические причины генетически детерминированы.

Плодное яйцо с материнским организмом — функционально единая гормональная система. Доказана способность плода воспринимать активное участие в синтезе и метаболизме прогестерона.

При угрожающем не вынашивании данные процессы нарушаются. Дефицит прогестерона приводит к патологии децидуализации стромы эндометрия, слабенькой инвазии цитотрофобласта и, как следствие, к понижению маточно плацентарного кровообращения.

При, не вынашивании по типу замершей беременности происходит прекращение фетального метаболизма прогестерона — важный характерный признак замершей беременности от самопроизвольного прерывания беременности.

К генетическим причинам относят хромосомные аномалии эмбриона или плода, образовавшиеся при слиянии 2-ух родительских клеток с наличием точечных мутаций в хромосомном наборе. При исследовании материала выкидышей большая часть найденных хромосомных нарушений — количественные( 95%).

Чем меньше срок беременности на момент гибели плодного яйца, тем больше частота хромосомных аберраций. При наличии хромосомных аберраций эмбриогенез невозможен или резко нарушен на ранних стадиях. Предполагают связь нарушений развития при хромосомных аберрациях с пониженной способностью клеток к делению. При этом появляется резкая десинхронизация действий развития зародыша, развития плаценты, индукции дифференцировки и передвижения клеток.[[5]](#footnote-5)

Причины количественных хромосомных аберраций.

• Сбои мейотического деления: случаи не расхождения парных хромосом, это приводит к появлению моносомии или трисомии. Не расхождение хромосом в яйцеклетках и сперматозоидах может произойти в любом периоде мейотического разделения.

• Сбои, возникающие при оплодотворении: случаи оплодотворения яйцеклетки 2-мя сперматозоидами (диспермия), в итоге возникает триплоидный зародыш.

• Сбои, возникающие во время первых митотических делений: полная тетраплоидия, возникающая при первом делении митоза, приводит к удвоению хромосом и отсутствию деления цитоплазмы. Мозаики возникают в случае подобных сбоев на этапе следующих делений.

Клиническая картина несостоявшегося выкидыша имеет соответствующие особенности. У больной пропадают субъективные симптомы беременности, молочные железы уменьшаются в размерах и стают мягкими. Менструация не восстанавливается. В ожидаемый срок не отмечают шевеление плода. Однако если движения плода возникли, то они прекращаются.

При задержке мёртвого плода в матке выше 3–4 нед. 10% женщин отмечают общее недомогание, слабость, головокружение, поднятие температуры тела. Исчезновение тошноты, рвоты, слюнотечения — характерные субъективные симптомы гибели плодного яйца в первые 12 нед беременности. Во 2-ой половине беременности женщина отмечает прекращение шевеления плода. Симптом размягчения молочных желёз появляется на 3–6-е день после гибели плода. В молочных железах вместо молозива появляется молоко. Нагрубание молочных желёз и выделение значительного количества молозива наблюдают у женщин при гибели плода, наступившей после 25 нед развития.

Клинические симптомы замершей беременности( боли, кровяные выделения из половых путей, отставание размеров матки от предполагаемого срока беременности) возникают через 2–6 нед после прекращения развития эмбриона. Стадии прерывания неразвивающейся беременности подходят стадиям самопроизвольного аборта:

• угрожающий выкидыш;

• начавшийся выкидыш;

• аборт в ходу;

• неполный аборт.

Полный аборт при замершей беременности в силу патогенетических обстоятельств не выделяют.

**1.5 Патология шейки матки (полипы, эррозии, рак)**

*эрозия шейки матки*

Заболевание клинически может не обнаруживаться никаким образом. Многие узнают об эрозии лишь после осмотра доктора с помощью специальных зеркал. Хотя для конечного диагноза не обойтись без специальных анализов, и иногда — биопсии. Представляет собой эрозия дефект слизистой (2 мм – 2-3 см) шейки матки в виде ранки, изъязвления.

****

Рис. 5 Эрозия шейки матки[[6]](#footnote-6)

Внешне эрозия схожа на красное маленькое пятнышко, расположенное на светло-розовом фоне слизистой. Вопреки стереотипам, эрозия не является предраковым симптомом – она только увеличивает риск появления болезни.

Полипы цервикального канала.

Редко предоставляют значительные кровотечения, чаще это незначительные кровотечения. Децидуальный полип – разрастание децидуальной ткани, и ее избыток опускается в цервикальный канал. Такой полип чаще всего отпадает сам, или его можно удалить осторожно откручивая. Кровоточащий полип должен быть удален, но без выскабливания полости матки, с проведением гемостатической терапии, и сохраняющей беременность терапии.

Рак шейки матки.

Рак шейки матки у беременной женщины сталкивается очень редко, так как чаще всего эта патология развивается у женщин старше 40 лет, у женщин с огромным количеством родов и абортов в анамнезе, у женщин, нередко меняющих половых партнеров. Рак шейки матки как правило диагностируется при обязательном осмотре шейки матки в течение беременности 2 раза – при поступлении беременной на учет, при выдаче декретного отпуска. Рак шейки матки выглядит в виде экзофитных( вид цветной капусты) и эндофитных разрастаний( бочкообразная шейка матки). Чаще всего эта женщина имела фоновые болезни шейки матки.

**1.6 Травма половых органов**

Иногда кровотечение наступает после полового акта вследствии высокой восприимчивости шейки матки.

В данной ситуации необходимо отказаться от половой жизни до осмотра гинеколога, который назначит соответствующее лечение для предотвращения дальнейшего раздражения и следующих осложнений.

**2. Определения диагноза и лечение кровотечения в первой половине беременности**

**2.1 Определения диагноза при кровотечении в первой половине беременности**

Самопроизвольные выкидыши

Диагностика основана на:

• определение сомнительных, потенциальных признаков беременности: задержка менструаций, возникновение прихотей, нагруба7ние молочных желез, появление молозива. Данные влагалищного исследования: повышение размеров матки, размягчение в области перешейка, что делает матку наиболее подвижной в области перешейка, асимметричность матки( выбухание 1-го из углов матки).

• При непроизвольном прерывании беременности 2-мя ведущими симптомами является: болевой синдром и симптомы кровопотери. Самопроизвольные выкидыши характеризуются своим поэтапным течением: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт в ходу, неполный и полный самопроизвольный выкидыш. Дифференциальная диагностика меж этими состояниями базируется на выраженности симптомов кровотечения и структурных изменениях шейки матки.[[7]](#footnote-7)

• Угрожающий выкидыш: кровянистые выделения могут быть очень скудными, боли или отсутствуют или носят ноющий, тупой характер внизу живота. При влагалищном исследовании мы находим неизмененную шейку матки.

• Начавшийся выкидыш: кровотечение может быть медленным, боли носят схваткообразный характер, шейка матки может, чуть-чуть укорочена, внешний зев может быть приоткрыт. Угрожающий и начавшийся выкидыш протекают на фоне удовлетворительного состояния женщины. Неотложных мероприятий по остановке кровотечения не требуется. На госпитальном шаге женщине нужно создать покой, использовать седативные препараты, внутримышечно разрешено ввести спазмолитики (ганглерон, но-шпа, баралгин, серонкислая магнезия 10 мл 25% раствора, прогестерон). В стационаре решается вопрос о сохранении беременности, если женщина не заинтересована (нужно произвести выскабливание полости матки).

• Аборт в ходу: кровотечение обильное, боли носят схваткообразный характер; общее состояние изменяется, и зависит от величины кровопотери. P. V. или в зеркалах: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1-го загнутого пальца. Необходима срочная помощь в виде неотложной госпитализации, в стационаре выполняется выскабливание полости матки, с возмещением кровопотери, в зависимости от ее размера и состояния женщины.

• При неполном самопроизвольном аборте кровянистые выделения носят темно-красного цвета, со сгустками, могут быть значительны. Все это сопровождается схваткообразными болями внизу живота. P. V. или в зеркалах: в цервикальном канале определяется плацентарная ткань, доли плодного яйца, шейка матки существенно укорочена, цервикальный канал свободно пропускает 1. 5 – 2 пальца. Неотложная помощь заключается в выскабливании полости матки, удалении остатков плодного яйца; возмещение кровопотери в зависимости от ее размера и состояния женщины.

• При полном самопроизвольном выкидыше кровотечения нет, плодное яйцо полностью выделилось из матки. Неотложной помощи не требуется. Необходимо проверить полость матки путем выскабливания, для того чтобы убедиться нет ли там остатков плодного яйца.

Пузырный занос.

Основная характеристика данной патологии заключается в том, что ворсины хориона преобразуются в груздевидные образования. И все ворсины могут превратиться в пузырьки, содержащие огромное количество эстрогенов, а может быть частичное превращение. Группой риска по развитию пузырного заноса являются женщины: перенесшие пузырный занос, женщины с воспалительными заболевания гениталий, с нарушениями гормональной функции яичников.

Диагностика основана на:

• определение беременности по потенциальным, сомнительным и др. признакам беременности. В отличие от привычно протекающей беременности симптомы раннего токсикоза выражены значительно сильнее, чаще только это тошнота средней или тяжелой степени.

• При пузырном заносе очень рано возникают симптомы позднего токсикоза: отечный синдром, протеинурия. Гипертензия также возникает, но только позднее.

Диагноз пузырного заноса ставится на основании несоответствия размеров матки сроку задержки менструации, что можно найти по данным влагалищного изучения и УЗИ. Важнейшим аспектом диагностики пузырного заноса является титр хорионического гонадотропина, который по сравнению с нормально протекающей беременностью, возрастает более чем в тысячу раз.[[8]](#footnote-8)

Кровотечение может остановлено только одним методом – выскабливание полости матки. Характерной индивидуальностью этого выскабливания является то, что оно должно проводится непременно под внутривенным введением утеротоников и нужно удалить как можно больше модифицированной ткани абортцангом. Утеротоники вводятся для того чтоб вызвать сокращение матки, чтобы хирург был более ориентирован с полости матки. Необходимо быть осторожным, так как пузырный занос может быть деструирующим, то имеется проникающим в мышечную стенку матки, вплоть до серозной оболочки. При перфорации матки при выскабливании необходимо выполнить ампутацию матки.

Шеечная беременность.

Практически никогда не бывает доношенной. Беременность прерывается чаще только до 12 недель. В группу риска по развитию шеечной беременности являются женщины с отягощенным акушерским анамнезом, перенесшие воспалительные болезни, заболевания шейки матки, нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома. Имеет значение высокая подвижность оплодотворенного яйца не в теле матки, а в нижнем сегменте или в шеечном канале.

Диагноз может быть поставлен при специальном гинекологическом или акушерском исследовании: при осмотре шейки в зеркалах шейка матки смотрится бочкообразной, со смещенным внешним зевом, с проявленным цианозом, легко кровоточит при исследовании. Тело матки наиболее плотной консистенции, размеры меньше предполагаемого срока беременности. Кровотечения при шеечной беременности постоянно очень обильно, поэтому что нарушается структура сосудистых сплетений матки – сюда подходит нижняя ветвь маточной артерии, пудендальная артерия.

Толщина шейки матки существенно меньше толщины матки в области тела, то нарушаются сосуды и кровотечение не удается приостановить без оперативного вмешательства. Ошибочно можно начать оказание помощи с выскабливания полости матки, а так как выраженность бочкообразных, цианотичных изменений шейки матки, зависит от срока беременности, то кровотечение увеличивается. Как только установлен диагноз шеечной беременности, который может быть подтвержден данными УЗИ – невозможно проводить выскабливание полости матки, а должно быть остановлено это кровотечение методом эсктирпации матки без придатков. Другого варианта остановки кровотечения при шеечной беременности не бывает и быть не должно, так как кровотечение идет из нижних ветвей маточной артерии.

Рак шейки матки.

При раке шейки матки в зависимости от срока беременности проводится оперативное родоразрешении с следующей экстирпацией матки – при больших сроках, удаление матки при маленьких сроках беременности с согласия женщины. Никаких консервативных способов остановки кровотечения при раке шейки матки не используется.

**2.2 Лечение кровотечения в первой половине беременности**

*Лечение пузырного заноса*

Вакуум-аспирация. Для удаления пузырного заноса используют чаще других методов, даже если матка увеличена до размеров, соответственных 20 неделям беременности. После вакуум-аспирации внутривенно вводят окситоцин для лучшего сокращения матки. При значительном кровотечении и огромных размерах матки (выше 20 недель беременности) может быть произведена лапаротомия с удалением матки.

Удаление матки. Если женщина не желает в дальнейшем иметь детей, можно провести удаление матки. Яичники не убирают. Если в яичниках находятся множественные кисты, после падения уровня ХГЧ происходит их обратное формирование.[[9]](#footnote-9)

Профилактическая химиотерапия. Профилактическую химиотерапию проводят после удаления пузырного заноса, если титр ХГЧ вырастает или долго находится на неизменном уровне, а также при выявлении метастазов. У 80 % пациенток начинается самостоятельное излечение без проведения дополнительной терапии. Систематическое определение содержания ХГЧ способствует своевременно выявить развивающуюся хорионэпителиому; поэтому, учитывая высокую возможность токсических эффектов, профилактическую химиотерапию всем пациенткам не проводят.

*Внематочная (эктопическая) беременность*

Лечебно-тактические мероприятия при нарушенной внематочной беременности:

• оценка общего состояния больной и степени кровопотери;

• уточнение гинекологического и акушерского анамнеза;

• срочная госпитализация в гинекологическое отделение; транспортировку осуществляют в горизонтальном расположении с опущенным головным концом. При транспортировке следует добиваться поддержания артериального давления на уровне 80–100 мм рт. ст. При массивной кровопотере госпитализация осуществляется реанимационно-хирургической бригадой.

Неотложная терапия на догоспитальном этапе подключает инфузионную терапию: внутривенное введение 400 мл полиоксидина или 400 мл декстрана (декстрана, полиглюкина, реополидекса), внутривенно введение 500 мл 5% раствора глюкозы и 3 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты.

*Отторжения эмбриона от стенки матки (выкидыш)*

Лечебно-тактические мероприятия при самопроизвольном аборте на догоспитальном этапе:

• Оценка общего состояния беременной, степени анемизации, геморрагического шока по индексу Алговера (шоковый индекс) и кровопотери.

• Выяснение срока беременности и акушерской ситуации.

• Экстренная доставка беременной с самопроизвольным абортом в гинекологическое отделение (доставка нездоровых в стационар делается в горизонтальном расположении).

Неотложная помощь беременным с выкидышем и значительной кровопотерей на догоспитальном шаге сводится к лечению геморрагического шока. Для лечения гиповолемического шока необходимо ввести: полиоксидин 400 мл, или волекам 400 мл, или полиглюкин 400 мл; потом 400 мл реополиглюкина и 400 мл желатиноля. Скорость внутривенного введения растворов — вначале 20 мл/ мин, потом — дробно по 100–150 мл под контролем состояния легких и величины АД. Одновременно проводят и другие мероприятия по борьбе с геморрагическим шоком. Инфузионная терапия исполняется до момента поступления в стационар. При наличии полного аборта вводят сокращающие матку средства: 1 мл окситоцина внутривенно струйно с 10 мл изотонического раствора хлористого натрия или 1 мл метилэргометрина (метилэргобревин) внутривенно струйно.

При кровоточащем полипе шейки матки доктор обязан поместить беременную в стационар. Диагноз устанавливают на основании осмотра шейки матки при помощи зеркал: из цервикального канала за пределами внешнего зева виден полип на длинной ножке багрово-синюшного цвета. Полипы, как правило, требуют хирургического лечения — полипэктомии. Выскабливание цервикального канала производить нельзя. Удаленный полип должен подвергнуться гистологическому изучению.

При обнаружении рака шейки матки в первой половине беременности женщина должна быть немедленно помещена в онкологический стационар. Производство искусственного аборта категорично противопоказано. В таковых случаях осуществляют радикальную операцию - расширенную экстирпацию беременной матки.[[10]](#footnote-10)

*Лечение Патологии шейки матки (эррозии)*

Эрозия шейки матки лечится разнообразными способами. Лазерное устранение – самый действенный и современный метод, обеспечивающий высокую точность разреза, что позволяет сберечь здоровые ткани и способствует скорому заживлению без рубцов. Этот способ рекомендуется нерожавшим женщинам, хотя мнения различных специалистов расходятся. Период заживления – 4-6 недель. Диатермокоагуляция – выжигание эрозии электрическим током высокой частоты. Прижигание — самый известный метод лечения в женских консультациях. Это довольно болезненный метод, оставляющий после себя рубцы, поэтому он рекомендуется только рожавшим женщинам, точнее, больше не планирующим рожать. Период заживления – 8-10 недель. Криодеструкция – обмораживание шейки матки жидким азотом. Азот кристаллизует воду, содержащуюся в клетках, и тем самым разрушает клеточную структуру на пораженном участке шейки матки.

Метод просит обязательного дальнейшего наблюдения, так как вероятны осложнения вследствии разрушения поверхностного слоя клеток. Срок заживления – 8-10 недель. Химическая коагуляция – обработка шейки матки специальными препаратами, разъедающими " неправильные " клетки. Метод не оставляет рубцов, рекомендуется нерожавшим женщинам. Срок заживления – 6-10 недель. Электроэксцизия — вырезание пораженного участка на шейке матки.

**3. Профилактика при кровотечении в первой половине беременности**

Профилактика кровотечений в первой половине беременности состоит в предостережении родового инфантилизма, воспалительных болезней внутренних половых органов женщины, абортов, в разработке эффективных способов контрацепции.

*Профилактика выкидыша в первой половине беременности*

Остановить начавшийся выкидыш на ранних сроках беременности не всегда случается возможным. Поэтому стоит соблюдать некие критерии и ограничения, которые помогут не допустить такой ситуации:

1. 1. Обязательное медицинское исследование обоих родителей до зачатия малыша. Паре стоит проверяться на присутствие скрытых инфекций и при необходимости провести лечение. Женщина также сдает анализы на гормоны.

2. 2. Отказ от вредных привычек. Вести здоровый образ жизни должна не только будущая мать, но и папа малыша. Важно исключить все причины, которые могут плохо сказаться на развитии эмбриона.

3. 3. Своевременное обнаружение патологий. Необходимо обращаться к гинекологу при первых подозрениях на беременность. Врач оценит состояние здоровья мамы, выявит вероятные опасности и поможет избежать многих осложнений. При высочайшей степени риска возможно ведение беременности при роддоме.[[11]](#footnote-11)

Стоит понимать, что выкидыш на раннем сроке – не вердикт. Это не означает, что женщина не способна выносить и родить здорового малыша. В подавляющем большинстве случаев после обследования и лечения просто наступает повторная беременность. Будущая мать тихо живет все 9 месяцев и рождает в срок.

*Профилактика внематочной беременности в первой половине беременности*

Прежде всего - вовремя лечить воспалительные процессы в малом тазу. До планируемой беременности нужно сделать комплексное исследование на присутствие хламидий, микоплазм, уреаплазм и остальных патогенных микробов, чтобы побыстрее от них избавиться. Это исследование вместе с вами обязан пройти муж (или постоянный половой партнер).[[12]](#footnote-12)

Нужно ли излишний раз упоминать о современных способах контрацепции? Аборт по-прежнему - основной виновник внематочной беременности. Поэтому главным направлением современной медицины остается пропаганда надежных и безопасных способов планирования семьи, а в случае наступления нежелательной беременности операция обязана производиться в оптимальные сроки (в течение первых 8 недель беременности), непременно в медицинском учреждении высококвалифицированным доктором при адекватном обезболивании и с обязательным последующим назначением послеабортной реабилитации.

Выбор, по возможности, должен падать на безоперационное медикаментозное прерывание беременности препаратом Мифегин. Конечно, они подороже стоят, но в данной ситуации экономия на самочувствие вряд ли уместна. Из классических способов предпочтителен " мини-аборт ", обладающий малой частотой побочных явлений за счет минимальной травматизации матки и сокращения времени операции.

После оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности очень важна реабилитация, направленная на подготовку к последующей беременности. Обычно она проходит под контролем доктора гинеколога, в несколько шагов. Специалисты считают, что лучшие сроки для новейшей беременности – полгода - год после операции на трубах.

*Профилактика Пузырного заноса в первой половине беременности*

Профилактическую химиотерапию проводят после удаления пузырного заноса, если титр ХГТ растёт или продолжительно находится на неизменном уровне, а также при выявлении метастазов. У 80% пациенток с пузырным заносом начинается спонтанная ремиссия без проведения дополнительной терапии.

Систематическое определение содержания ХГТ помогает своевременно обнаружить развивающуюся хорионэпителиому, поэтому профилактическую химиотерапию всем пациенткам не проводят.

*Профилактика неразвивающейся (замершей) беременности*

• Выявление патогенетических (главных причин патологии) причин гибели эмбриона (плода).

• Устранение или понижение действия выявленных факторов вне и во время беременности:

o скрининг (массовое исследование) пациенток, планирующих беременность, а также женщин в ранние сроки беременности на урогенитальную инфекцию;

O медико-генетическое консультирование с целью выявления групп высочайшего риска по врожденной и наследственной патологии( определение прогноза рождения малыша с наследственной патологией, разъяснение вероятности этого события консультирующимся и помощь семье в принятии решения о предстоящем деторождении);[[13]](#footnote-13)

O гормональная терапия при эндокринном генезе замершей беременности (персонально подобранное лечение имеющихся гормональных нарушений, вызвавших замирание беременности);

• определение аутоиммунных нарушений (группа заболеваний, при которых происходит поражение органов и тканей организма под действием своей иммунной системы) и личный подбор схемы лечения.

• Нормализация психического состояния женщины, возвращение положительного настроя (обязательные консультации психолога, психотерапевта, прием успокоительных средств).

*Профилактика патологии шейки матки (полипы)*

Противовоспалительная терапия

При заболеваниях воспалительного характера, например цервицит, аднексит, кроме антибактериальной терапии (воспаление нередко появляется на фоне инфекционного процесса) также могут предназначаться нестероидные противовоспалительные препараты. Данные средства оказывают противовоспалительное, обезболивающее и жаропонижающее действие.
**Таблица 1 Препараты, оказывающие противовоспалительное, обезболивающее и жаропонижающее действие.[[14]](#footnote-14)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование препарата** | **Применение** |
| [Диклофенак](http://polismed.com/subject-diklofenak.html) | внутрь по 25 мг два – три раза в сутки;внутримышечно по 75 мг один – два раза в сутки в течение пяти дней |
| [Ибупрофен](http://polismed.com/subject-ibuprofen.html) | по 200 – 400 мг три раза в сутки в течение пяти дней |
| [Кетопрофен](http://polismed.com/subject-ketoprofen.html) | по 150 мг три раза в сутки в течение пяти дней |

*Витаминотерапия*

Прием витаминов и минералов при полипах шейки матки нужен для стимуляции защитных сил организма. В этот период особенно рекомендован прием витаминов группы b, а также показаны такие минеральные вещества как железо( участвует в процессе кроветворения и внутриклеточного обмена), цинк( восстанавливает окислительно-восстановительные процессы) и магний( гарантирует биосинтез белков).

*Профилактика патологии шейки матки (рак)*

Профилактика РШМ в большей мере связана с профилактикой ПВИ и остальных инфекций, передающихся половым путем, и обязана включать цельный комплекс мероприятий:

• определение причин риска распространения инфекций и их ликвидация;

• отказ от курения и остальных вредных привычек, пропаганда барьерной контрацепции;[[15]](#footnote-15)

• раннее обнаружение РШМ и предраковых болезней с помощью цитологического и других способов исследования;

• своевременное излечение и последующее наблюдение;

• широкое введение лицензированных профилактических вакцин.

Основная роль в первичной профилактике отводится так называемым интервенционным программам, направленным на поднятие уровня сексуального образования населения.

Одним из крайних достижений науки появилось создание эффективных профилактических вакцин против РШМ, а конкретно против ВПЧ. На сегодняшний день они обширно внедряются в практику.

Вторичная профилактика заключается в проведении скрининга, т. е. в раннем выявлении разных форм предрака и РШМ при полном обследовании уязвимых групп населения. Скрининг эффективно понижает заболеваемость РШМ в том случае, если он хорошо организован, охватывает большинство представительниц группы риска и предусматривает активный вызов пациенток на исследование.

Повышение эффективности профилактики связывают с увеличением охвата женского населения периодическими обследованиями, а также с внедрением новейших технологий, таких как жидкостная цитология, ВПЧ-тестирование, компьютерная диагностика и др.

*Профилактика патологии шейки матки( эррозии)*

Профилактика данного заболевания сводится к мерам, направленным на предостережение воспалительных болезней соответствующих органов и отказ от абортов. Также профилактикой станет регулярное посещение гинеколога и своевременное лечение всех заболеваний и инфекций, передающихся половым путем. Необходимо вести здоровый образ жизни и воспользоваться подходящими средствами контрацепции.

**Заключение**

И в заключение охота отметить, что, несмотря на огромное внимание к проблеме кровотечения в первой половине беременности, их частота снижается медлительно. Частота кровотечения в первой половине беременности, и особенно материнской смертности в связи с кровотечением, растут с возрастом женщин.

Это во многом зависит от одновременного роста соматических болезней и числа предшествовавших беременностей с неблагоприятным исходом.

Наиболее часто встречаются воспалительные болезни матки и придатков, миомы, бесплодие, инфантилизм. Это подтверждает значение дистрофических и воспалительных конфигураций в генезе кровотечения в первой половине беременности.

У беременных, у которых наблюдается ранняя отслойка привычно расположенной плаценты, гинекологические заболевания в анамнезе отмечаются реже и по характеру они ближе к эндокринопатиям.

Изменения в организме, обусловленные длительным нарушением периферического кровообращения при преэклампсии, могут также содействовать развитию геморрагического шока, лишают организм защитных способностей, способствуют формированию необратимого шока.

Поэтому при угрожающем или развившемся массивном кровотечении нужно проведение комплексной интенсивной терапии с участием анестезиолога-реаниматолога. Такая постановка вопроса делает очевидной главную задачу акушера — не допустить массивной кровопотери.

Главным резервом понижения материнской смертности при кровотечениях остается правильно организованная профилактика кровотечения в первой половине беременности, начиная с этапа наблюдения за беременными в женской консультации. И особенное значение получает профилактика патологических кровопотерь в процессе родового акта, в частности настороженность медицинского персонала при родоразрешении женщин с риском развития кровотечения, своевременная правильная оценка появившегося осложнения и его срочное устранение методом проведения лечения в правильно избранном объеме.

Как ни покажется странным, но совсем не любое кровотечение в начале беременности показывает на патологию, которая нуждается в незамедлительном медицинском вмешательстве. Более того, можно сказать, что на самых ранних сроках беременности незначительные кровяные выделения считаются обычным симптомом, который не является предпосылкой для беспокойства и не представляет угрозы для обычного течения беременности.

При грамотном и своевременном лечении многих осложнений удается избежать, наши врачи постоянно стремятся сохранить беременность даже на самых ранних ее сроках.

**Список используемой литературы**

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. — СПб., 2009. — 668 с.
2. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска: Пер. с англ. — М.: Медицина, 2009. — С. 490-532, 615-647.
3. Егорова Н.А., Добротина А.Ф. и др. Кровотечения при беременности, в родах и раннем послеродовом периоде. — Н. Новгород, 2012. — 79 с.
4. Кулаков А.М., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И. Кровотечения в первой половине беременности. — М.: Триада-Х, 2008. — 96 с.
5. Кулакова В.И. Акушерская и гинекологическая помощь / Под ред.. — М.: Медицина, 2011. — 304 с.
6. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. — М.: Медицина, 2007. — 484 с.
7. Организация экстренной медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике. — Самара: Самарский дом печати, 2000. — С. 32-44.
8. Репина М.А. Кровотечения в первой половине беременности. — М.: Медицина, 2006. — 210 с.
9. Степанковская Г.К., Венцковский Б.М., Гордеева Г. Неотложное акушерство. — К.: Здоров'я, 2004. — 384 с.
10. Стрижакова А.Н., Маркина С.А. Руководство. Практическое акушерство / Под ред. В.Н. Серова. — М.: Медицина, 2009. — С. 349-372.
11. Чернуха Е.А. Родовой блок. — М.: Триада-Х, 2008. — 533 с.
12. Акушерство под редакцией Савельевой Г.М., М. Медицина 2006 г.
13. Избранные лекции по акушерству и гинекологии под редакцией Стрижакова А.Н., Ростов-на-Дону, изд. Феникс 2012 г.
1. Кулакова В.И. Акушерская и гинекологическая помощь / Под ред.. — М.: Медицина, 2011. — 304 с. [↑](#footnote-ref-1)
2. Егорова Н.А., Добротина А.Ф. и др. Кровотечения при беременности, в родах и раннем послеродовом периоде. — Н. Новгород, 2012. — 79 с. [↑](#footnote-ref-2)
3. Акушерство под редакцией Савельевой Г.М., М. Медицина 2006 г. [↑](#footnote-ref-3)
4. Чернуха Е.А. Родовой блок. — М.: Триада-Х, 2008. — 533 с. [↑](#footnote-ref-4)
5. Стрижакова А.Н., Маркина С.А. Руководство. Практическое акушерство / Под ред. В.Н. Серова. — М.: Медицина, 2009. — С. 349-372. [↑](#footnote-ref-5)
6. Степанковская Г.К., Венцковский Б.М., Гордеева Г. Неотложное акушерство. — К.: Здоров'я, 2004. — 384 с. [↑](#footnote-ref-6)
7. Организация экстренной медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике. — Самара: Самарский дом печати, 2000. — С. 32-44. [↑](#footnote-ref-7)
8. Егорова Н.А., Добротина А.Ф. и др. Кровотечения при беременности, в родах и раннем послеродовом периоде. — Н. Новгород, 2012. — 79 с. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска: Пер. с англ. — М.: Медицина, 2009. — С. 490-532, 615-647. [↑](#footnote-ref-9)
10. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. — СПб., 2009. — 668 с. [↑](#footnote-ref-10)
11. Избранные лекции по акушерству и гинекологии под редакцией Стрижакова А.Н., Ростов-на-Дону, изд. Феникс 2012 г. [↑](#footnote-ref-11)
12. Егорова Н.А., Добротина А.Ф. и др. Кровотечения при беременности, в родах и раннем послеродовом периоде. — Н. Новгород, 2012. — 79 с. [↑](#footnote-ref-12)
13. Акушерство под редакцией Савельевой Г.М., М. Медицина 2006 г. [↑](#footnote-ref-13)
14. Степанковская Г.К., Венцковский Б.М., Гордеева Г. Неотложное акушерство. — К.: Здоров'я, 2004. — 384 с. [↑](#footnote-ref-14)
15. Стрижакова А.Н., Маркина С.А. Руководство. Практическое акушерство / Под ред. В.Н. Серова. — М.: Медицина, 2009. — С. 349-372. [↑](#footnote-ref-15)