**Содержание**

Введение

Глава 1. Теоретические основы акушерских кровотечений I половины беременности

.1 Причины возникновения, классификация, и факторы риска акушерских кровотечений I половины беременности

.2 Клиническая картина, диагностика и лечение патологических состояний, сопровождающихся кровотечением в I половине беременности

Глава 2. Изучение распространенности акушерских кровотечений I половины беременности

2.1 Анализ частоты и структуры акушерских кровотечений I половины беременности в Валуйском районе

.2 Определение основных методов лечения и профилактики акушерских кровотечений I половины беременности

Заключение

Список литературы

**Введение**

Акушерские кровотечения - наиболее частые и грозные осложнения беременности, родов и послеродового периода. В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как в структуре материнской смертности они занимают первое место и составляют 20-25%. При кровотечении у матери велики перинатальные потери плодов и новорожденных. Особенностью акушерских кровотеченийявляется внезапность, массивность, страдание плода, быстрое истощение компенсаторных сил матери. Акушерские кровотечения потенциально не останавливаемы, пока не удален или не лишен магистрального кровотока их источник - матка. Часто они являются причиной последующей стойкой инвалидизации женщин, развития у них астеновегетативных, нейроэндокринных синдромов, миокардического кардиосклероза и других заболеваний. Это может быть связано с изменением условий жизни, влиянием неблагоприятных факторов внешней среды, увеличением числа женщин с экстрагенитальной патологией.

В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились. Число акушерских кровотечений в первой половине беременности несколько уменьшилось, и стали чаще наблюдаться кровотечения, обусловленные отслойкой нормально расположенной плаценты и ее предлежанием, кровотечения на фоне нарушений гемостаза.

Для акушерских кровотечений характерны острый дефицит объема циркулирующей крови, нарушение сердечной деятельности, анемическая и циркуляторные формы гипоксии. Основные причины нарушений гемодинамики - дефицит ОЦК и несоответствие между ним и емкостью сосудистого русла. Возникающая на этом фоне тканевая гипоксия сопровождается нарушением окислительно-восстановительных процессов с преимущественным поражением центральной нервной системы, почек, печени, происходит нарушение водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, гормональных соотношений, ферментативных процессов. При массивных кровотечениях быстро развивается порочный круг, который может привести к терминальному исходу.

Анализ случаев женской смертности от маточных кровотечений показывает, что в 90% случаев можно было избежать не только смерти беременной женщины, но и патологической кровопотери. Не все лечебные учреждения своевременно и в полном объеме проводят профилактические и лечебные мероприятия. Однотипные ошибки повторяются из года в год, поэтому акушерские кровотечения можно назвать организационно-профессиональной проблемой, поскольку благоприятный исход при маточных кровотечениях, сохранение в последующем репродуктивного здоровья женщины обусловлено, прежде всего, четкой организацией неотложной помощи и профессионализмом медицинского персонала. Кроме чисто медицинских аспектов проблема маточных кровотечений имеет также большое экономическое значение, так как их лечение связано со значительными материальными затратами. Поэтому актуальность проблемы и определила тему исследования.

**Проблема** **исследования**: какова распространенность акушерских кровотечений Iполовины беременностив Валуйском районе?

**Цель** работы состоит в изучении частоты и структуры акушерских кровотечений Iполовины беременности, определение современных методов лечения и профилактики.

**Объект исследования:** частота и структура акушерских кровотечений.

**Предмет исследования:** акушерские кровотечения Iполовины беременности.

**Гипотеза**: своевременная диагностика и улучшение качества прегравидарной подготовки будут способствовать сохранению беременности и профилактике осложнений.

В соответствии с поставленной проблемой, целью, объектом, предметом и гипотезой намечены следующие **задачи**.

. Определить причины возникновения и факторы риска акушерских кровотечений Iполовины беременности.

. Определить особенности клинического течения акушерских кровотечений Iполовины беременности.

. Определить современные методы диагностики и лечения акушерских кровотечений Iполовины беременности.

. Провести анализ годовых отчетов, индивидуальных карт беременных и историй болезни пациенток с акушерскими кровотечениями Iполовины беременности

. Обработать статистический материал и проанализировать частоту и структуру акушерских кровотечений Iполовины беременностив Валуйском районе за период 2012-2015 гг.

. Определить современные подходы к диагностике, лечению и профилактике акушерских кровотечений Iполовины беременности.

Решение поставленных задач и проверка достоверности гипотезы потребовали использования теоретических и практических **методов** исследования:

анализ литературных данных по теме исследования;

**-** ретроспективный анализ годовых отчетов, индивидуальных карт беременных и историй болезни пациенток с акушерскими кровотечениями Iполовины беременности;

выкопировка данных из учетной и отчетной медицинской документации;

статистический метод.

**Структура работы:** курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка изученной литературы.

**Глава 1. Теоретические основы акушерских кровотечений первой половины беременности**

**.1 Классификация, эпидемиология, причины возникновения и факторы риска**

К кровотечениям первой половины беременности относятся все заболевания, сопровождающиеся симптомами кровотечения при беременности до 20 недели.

Причины, вызывающие кровотечения в первой половине беременности, разделяют на две группы:

не связанные с патологией плодного яйца: псевдоэрозия, полипы и рак шейки матки, травмы и варикозное расширение вен наружных половых органов и влагалища;

связанные с патологией плодного яйца: начинающийся самопроизвольный аборт, прервавшаяся внематочная беременность, трофобластическая болезнь.

Самое частое осложнение беременности, сопровождающееся кровотечением - самопроизвольный аборт (выкидыш). Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% этих потерь происходит до 12 недели беременности. При учёте беременностей по определению уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ) частота потерь возрастает до 31%, причём 70% этих абортов происходит до того момента, когда беременность может быть распознана клинически. В структуре спорадических ранних выкидышей 1/3 беременностей прерывается в сроке до 8 недели по типу анэмбрионии.

Абортом, или выкидышем, называется прерывание беременности от момента зачатия до 22 недели беременности, т. е. согласно определению ВОЗ, аборт - самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона или плода массой до 500 г, что соответствует сроку гестации менее 22 недели. Аборт до 16 недель беременности называется ранним, от 16 до 21 недели включительно - поздним [88, 8].

Лидирующим фактором в этиологии самопроизвольного прерывания беременности выступает хромосомная патология, частота которой достигает 82-88%. Наиболее частые варианты хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах - аутосомные трисомии (52%), моносомии Х (19%), полиплоидии (22%). Другие формы отмечают в 7% случаев. В 80% случаев вначале происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца.

Вторым по значимости среди этиологических факторов выступает метроэндометрит различной этиологии, обусловливающий воспалительные изменения в слизистой оболочке матки и препятствующий нормальной имплантации и развитию плодного яйца. Хронический продуктивный эндометрит, чаще аутоиммунного генеза, отмечен у 25% так называемых репродуктивно здоровых женщин, прервавших беременность путём искусственного аборта и у 63,3% женщин с привычным невынашиванием.

Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические (инфантилизм), эндокринные, инфекционные, иммунологические факторы, которые в большей мере служат причинами привычных выкидышей.

Факторы риска. Возраст выступает одним из основных факторов

риска у здоровых женщин. По данным, полученным при анализе исходов 1 млн. беременностей, в возрастной группе женщин от 20 до 30 лет риск самопроизвольного аборта составляет 9-17%, в 35 лет - 20%, в 40 лет - 40%, в 45 лет - 80%.

Паритет. У женщин с двумя беременностями и более в анамнезе риск выкидыша выше, чем у нерожавших женщин, причём этот риск не зависит от возраста.

Наличие самопроизвольных абортов в анамнезе. Риск выкидыша возрастает с увеличением числа таковых. У женщин с одним самопроизвольным выкидышем в анамнезе риск составляет 18-20%, после двух выкидышей он достигает 30%, после трёх выкидышей - 43%. Для сравнения: риск выкидыша у женщины, предыдущая беременность которой закончилась успешно, составляет 5%.

Курение. Потребление более 10 сигарет в день увеличивает риск самопроизвольного аборта в I триместре беременности. Эти данные наиболее показательны при анализе самопроизвольного прерывания беременностей у женщин с нормальным хромосомным набором.

Применение нестероидных противовоспалительных средств в период, предшествующий зачатию. Получены данные, указывающие на негативное влияние угнетения синтеза ПГ на успешность имплантации. При использовании нестероидных противовоспалительных средств в период, предшествующий зачатию, и на ранних этапах беременности частота выкидышей составила 25% по сравнению с 15% у женщин, не получавших препараты данной группы.

Лихорадка (гипертермия). Увеличение температуры тела выше 37,7 °С приводит к увеличению частоты ранних самопроизвольных абортов.

Травма, включая инвазивные методы пренатальной диагностики (хориоцентез, амниоцентез, кордоцентез), - риск составляет 3 - 5%.

Употребление кофеина. При суточном потреблении более 100 мг кофеина (4 - 5 чашек кофе) риск ранних выкидышей достоверно повышается, причём данная тенденция действительна для плода с нормальным кариотипом.

Воздействие тератогенов (инфекционных агентов, токсических веществ, лекарственных препаратов с тератогенным эффектом) также служит фактором риска самопроизвольного аборта[144, 8].

Дефицит фолиевой кислоты. При концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови менее 2,19 нг/мл (4,9 нмоль/л) достоверно увеличивается риск самопроизвольного аборта с 6 до 12 недели беременности, что сопряжено с большей частотой формирования аномального кариотипа плода.

Гормональные нарушения, тромбофилические состояния служат в большей мере причинами не спорадических, а привычных выкидышей, основной причиной которых выступает неполноценная лютеиновая фаза.

По данным многочисленных публикаций, от 12 до 25% беременностей после ЭКО заканчиваются самопроизвольным абортом.

Итак, на основе анализа медицинской литературы можно сделать следующие выводы.

Абортом, или выкидышем, называется прерывание беременности от момента зачатия до 22 недели беременности.

Актуальность проблемы объясняется широкой распространенностью данного заболевания, а также отрицательным влиянием, которое эта патология оказывает на состояние здоровья и репродуктивную функцию женщины.

Основными причинами возникновения акушерских кровотечений I половины беременности являются: не связанные с патологией плодного яйца( псевдоэрозия, полипы и рак шейки матки, травмы и варикозное расширение вен наружных половых органов и влагалища); связанные с патологией плодного яйца (начинающийся самопроизвольный аборт, прервавшаяся внематочная беременность, трофобластическая болезнь).

**1.2 Клиническая картина, диагностика и лечение самопроизвольного аборта**

По клиническим проявлениям различают:

- угрожающий аборт;

начавшийся аборт;

аборт в ходу (полный и неполный);

- неразвивающаяся беременность <http://www.medsecret.net/akusherstvo/nevynashivanie-beremennosti/240-nerazvivajuwajasja-zamershaja-beremennost>.

Классификация самопроизвольных абортов, принятая ВОЗ, немного отличается от таковой, используемой в Российской Федерации, объединив начавшийся выкидыш и аборт в ходу в одну группу - неизбежный аборт (т.е. продолжение беременности невозможно).

Угрожающий аборт проявляется тянущими болями внизу живота и пояснице. Кровянистые выделения из половых органов отсутствуют. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности. При УЗИ регистрируют сердцебиение плода. Такую беременность можно сохранить. Для этого беременную надо направить в стационар, создать ей строгий постельный режим и провести соответствующую терапию.

При начавшемся аборте к схваткообразным болям внизу живота присоединяются кровянистые выделения в различном количестве в зависимости от степени отслойки плодного яйца от стенки матки. Возбудимость матки повышена, наружный зев шейки матки может быть открыт. В этом случае беременность также можно сохранить.

Аборт в ходу характеризуется бурными, болезненными схватками и обильным кровотечением вследствие отделения плодного яйца от стенки матки [45, 16]. Величина матки меньше предполагаемого срока беременности, в более поздние сроки беременности возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зев открыты, элементы плодного яйца в канале шейки матки или во влагалище. Кровянистые выделения могут быть различной интенсивности, чаще обильные. Наружный зев открыт, его просвет закрыт отделившимся плодным яйцом. Лечение заключается в удалении плодного яйца из полости матки путем выскабливания.

Неполный аборт представляет собой дальнейшее развитие прерывания беременности. В этом случае часть плодного яйца (чаще всего плод) изгоняется из полости матки, а часть его (хорион) остается в матке. Больная жалуется на резкие схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения. Наружный зев шейки матки раскрыт, шейка матки укорочена, в зеве имеются сгустки крови или части плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания её полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях служит причиной большой кровопотери и гиповолемического шока. Чаще неполный аборт наблюдают после 12 недели беременности в случае, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, кровянистые выделения из канала шейки матки обильные, с помощью УЗИ в полости матки определяют остатки плодного яйца, во II триместре - остатки плацентарной ткани [157, 3]. Лечение заключается в выскабливании полости матки и удалении остатков плодного яйца.

Полный аборт чаще наблюдают в поздние сроки беременности. Плодное яйцо выходит полностью из полости матки. При этом виде аборта плодное яйцо все целиком вышло из полости матки. Наружный зев шейки матки приоткрыт, матка частично сократилась, кровотечения нет, но имеются скудные выделения. При бимануальном исследовании матка хорошо контурируется, размером меньше срока гестации, канал шейки матки может быть закрыт. При полном выкидыше с помощью УЗИ определяют сомкнутую полость матки. Могут быть небольшие кровянистые выделения. При полном аборте в ранние сроки беременности в полости матки обычно остается децидуальная оболочка, которая способствует длительным кровянистым выделениям и создает угрозу для развития инфекции (децидуальный эндометрит). Поэтому после полного аборта в ранние сроки с целью удаления децидуальной оболочки производят выскабливание полости матки.

Все указанные аборты могут быть инфицированными (септическими) и чреваты очень тяжелыми осложнениями и высоким процентом смертности. Инфицированный аборт - состояние, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровянистыми, иногда гноевидными выделениями из половых путей [158,8]. При физикальном осмотре определяют тахикардию, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки, при бимануальном исследовании - болезненную, мягкой консистенции матку; канал шейки матки расширен.

Неразвивающаяся беременность (антенатальная гибель плода) - гибель эмбриона или плода при беременности сроком менее 22 недели при отсутствии экспульсии элементов плодного яйца из полости матки и нередко без признаков угрозы прерывания.

В диагностике кровотечений и выработке тактики ведения в I триместре беременности решающую роль играет оценка скорости и объёма кровопотери.

Для постановки диагноза проводят ультразвуковое исследование (УЗИ). При УЗИ неблагоприятными признаками в плане развития плодного яйца при маточной беременности считают:

отсутствие сердцебиения эмбриона с КТР более 5 мм;

отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца, измеренных в трёх ортогональных плоскостях, более 25 мм при трансабдоминальном сканировании и более 18 мм при трансвагинальном сканировании.

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

аномальный желточный мешок, не соответствующий сроку гестации (больше), неправильной формы, смещённый к периферии или кальцифицированный;

ЧСС эмбриона менее 100 в минуту в сроке 5-7 недель;

большие размеры ретрохориальной гематомы (более 25% поверхности плодного яйца).

Самопроизвольный выкидыш следует дифференцировать с доброкачественными и злокачественными заболеваниями шейки матки или влагалища. При беременности возможны кровянистые выделения из эктропиона. Для исключения заболеваний шейки матки проводят осторожный осмотр в зеркалах, при необходимости кольпоскопию и/или биопсию.

Кровянистые выделения при выкидыше дифференцируют с таковыми при ановуляторном цикле, которые нередко наблюдают при задержке менструации. Отсутствуют симптомы беременности, тест на bсубъединицу ХГЧ отрицательный. При бимануальном исследовании матка нормальных размеров, не размягчена, шейка плотная, не цианотичная. В анамнезе могут быть аналогичные нарушения менструального цикла.

Дифференциальную диагностику также проводят с пузырным заносом и внематочной беременностью.

При пузырном заносе у 50% женщин могут быть характерные выделения в виде пузырьков; матка может быть больше срока предполагаемой беременности. Характерная картина при УЗИ.

При внематочной беременности женщины могут жаловаться на кровянистые выделения, билатеральные или генерализованные боли; нередки обморочные состояния (гиповолемия), чувство давления на прямую кишку или мочевой пузырь, тест на ХГЧ положительный. При бимануальном исследовании отмечается болезненность при движении за шейку матки. Матка меньших размеров, чем должна быть на сроке предполагаемой беременности.

Можно пропальпировать утолщенную маточную трубу, нередко выбухание сводов. При УЗИ в маточной трубе можно определить плодное яйцо, при её разрыве обнаружить скопление крови в брюшной полости. Для уточнения диагноза показаны пункция брюшной полости через задний свод влагалища или диагностическая лапароскопия.

Метод лечения акушерских кровотечений I половины беременности обусловлен конкретными симптомами, а также возрастом пациентки, заинтересованностью в сохранении беременности [122, 16]. Имеют значение также технические навыки, опыт и квалификация врача. Лечение может быть медикаментозным или хирургическим.

Цель лечения угрозы прерывания беременности - расслабление матки, остановка кровотечения и пролонгирование беременности в случае наличия в матке жизнеспособного эмбриона или плода.

В США, странах Западной Европы угрожающий выкидыш до 12 недели не лечат, считая, что 80% таких выкидышей - «естественный отбор» (генетические дефекты, хромосомные абберации).

В Российской Федерации общепринята другая тактика ведения беременных с угрозой выкидыша. При этой патологии назначают постельный режим (физический и сексуальный покой), полноценную диету, гестагены, витамин E, метилксантины, а в качестве симптоматического лечения - спазмолитические препараты (дротаверин, свечи с папаверином), растительные седативные лекарственные средства (отвар пустырника, валерианы).

В диету беременной обязательно должны быть включены олигопептиды, полиненасыщенные жирные кислоты.

Гормональная терапия включает натуральный микронизированный прогестерон по 200300 мг/сутки (предпочтительнее) или дидрогестерон по 10 мг два раза в сутки, витамин E по 400 МЕ/сутки.

Дротаверин назначают при выраженных болевых ощущениях внутримышечно по 40 мг (2 мл) 2-3 раза в сутки с последующим переходом на пероральный приём от 3 до 6 таблеток в день (40 мг в 1 таблетке).

Метилксантины - пентоксифиллин (7 мг/кг массы тела в сутки). Свечи с папаверином по 20-40 мг два раза в день применяют ректально.

Подходы к терапии угрозы прерывания беременности принципиально различаются в РФ и за рубежом. Большинство иностранных авторов настаивает на нецелесообразности сохранения беременности сроком менее 12 нед.

Необходимо отметить, что эффект от применения любой терапии - медикаментозной (спазмолитики, прогестерон, препараты магния и др.) и немедикаментозной (охранительный режим) - в рандомизированных мультицентровых исследованиях не доказан.

Назначение при кровянистых выделениях беременным средств, влияющих на гемостаз (этамзилата, викасола©, транексамовой кислоты, аминокапроновой кислоты и других препаратов), не имеет под собой оснований и доказанных клинических эффектов в силу того, что кровотечение при выкидышах обусловлено отслойкой хориона (ранней плаценты), а не нарушениями коагуляции. Наоборот, задача врача - не допустить кровопотери, приводящей к нарушениям гемостаза.

При поступлении в стационар следует провести анализ крови, определить группу крови и резуспринадлежность.

При неполном аборте нередко наблюдают обильное кровотечение, при котором необходимо оказание неотложной помощи - немедленному инструментальному удалению остатков плодного яйца и выскабливания стенок полости матки.

В процессе операции и после неё целесообразно введение внутривенно изотонического раствора натрия хлорида с окситоцином (30 ЕД на 1000 мл раствора) со скоростью 200 мл/ч (в ранние сроки беременности матка менее чувствительна к окситоцину). В связи с тем что окситоцин может оказывать антидиуретическое действие, после опорожнения матки и остановки кровотечения введение больших доз окситоцина должно быть прекращено. Проводят также антибактериальную терапию, при необходимости лечение постгеморрагической анемии. Женщинам с резусотрицательной кровью вводят иммуноглобулин антирезус.

Целесообразен контроль состояния матки методом УЗИ.

При полном аборте при беременности сроком менее 14-16 нед целесообразно провести УЗИ и при необходимости - выскабливание стенок матки, так как велика вероятность нахождения частей плодного яйца и децидуальной ткани в полости матки. В более поздние сроки при хорошо сократившейся матке выскабливание не производят.

Целесообразно назначение антибактериальной терапии, лечение анемии по показаниям и введение иммуноглобулина антирезус женщинам с резусотрицательной кровью. После выскабливания полости матки или вакуумаспирации рекомендуют исключить использование тампонов и воздерживаться от половых контактов в течение 2 нед.

Планирование следующей беременности рекомендуется не ранее чем через 3 мес., в связи с чем дают рекомендации о контрацепции на протяжении трёх менструальных циклов. Как правило, прогноз благоприятный. После одного самопроизвольного выкидыша риск потери следующей беременности возрастает незначительно и достигает 18-20% по сравнению с 15% при отсутствии выкидышей в анамнезе. При наличии двух последовательных самопроизвольных прерываний беременности рекомендуют проведение обследования до наступления желанной беременности для выявления причин невынашивания у данной супружеской пары.

Итак, на основе анализа медицинской литературы можно сделать следующие выводы.

Акушерские кровотечения - наиболее частые и грозные осложнения беременности, родов и послеродового периода. В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как в структуре материнской смертности они занимают первое место.

Факторами риска акушерских кровотечений первой половины беременности являются анатомические (инфантилизм), эндокринные, инфекционно-воспалительные, иммунологические факторы, нарушение процессов формирования плодного яйца (хромосомные, генные поломки), тромбофилии (врожденные или приобретенные синдромы нарушения свертывающей системы крови).

Основные причины кровотечений первой половины беременности - связанные и не связанные с патологией плодного яйца.

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

К «золотому стандарту» дифференциальной диагностики внематочной беременности относится: анализ мочи или крови на ХГ, ультразвуковое исследование, пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

Лечение акушерских кровотечений I половины беременности может быть медикаментозным, хирургическим. Современными тенденциями в лечении акушерских кровотечений I половины беременности являются: применение медикаментозного и хирургического лечения

Медикаментозное лечение направлено на расслабление матки, остановка кровотечения и пролонгирование беременности в случае наличия в матке жизнеспособного эмбриона или плода.

Среди хирургических методов акушерских кровотечений I половины беременности выделяют инструментальное удаление остатков плодного яйца и выскабливания стенок полости матки

клинический патологический акушерский кровотечение

**Глава 2. Изучение распространенности акушерских кровотечений I половины беременности**

**.1 Анализ частоты и структуры акушерских кровотечений I половины беременности в Валуйском районе**

Исследовательская работапроводилась на базе женской консультации и гинекологического отделения ОГБУЗ «Валуйская ЦРБ» города Валуйки Белгородской области.

На первом этапе, на основании ретроспективного анализа годовых отчетов, индивидуальных карт беременных и историй болезни, пролеченных в гинекологическом отделении Валуйской ЦРБ, мы изучили частоту, структуру и клинические формы самопроизвольных абортов за 2012 - 2015гг. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке. На втором этапе были изучены современные методы лечения, определены приоритетные направления профилактики данной патологии.

Наши исследования показали, что в структуре заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, акушерские кровотечения I половины беременности занимают I место (таблица 1).

Таблица 1

Заболевания и патологические состояния, предшествовавшие или возникшие во время беременности

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Осложнения беременности | 2012 г. | 2013г. | 2014 г. | 2015 г. |
| Кровотечения 1 половины беременности | 174 | 143 | 144 | 126 |
| Кровотечения 2 половины беременности | 145 | 69 | 32 | 13 |
| Гестозы | 99 | 112 | 96 | 67 |

И хотя отмечается ежегодное уменьшение данной патологи, количество акушерских кровотечений I половины беременности остается довольно высоким.

Анализ индивидуальных карт и историй болезни беременных показал, что основной причиной акушерских кровотечений I половины беременности в Валуйском районе являются самопроизвольные аборты, замершая (неразвивающаяся) и внематочная беременность (диаграмма 1).



Диаграмма 1. Причины акушерских кровотечений I половины беременности

В структуре акушерских кровотечений I половины беременности первое место в 2012 и 2013 годах занимали самопроизвольные аборты. В 2014 и 2015 годах увеличилось количество замерших беременностей. Внематочная беременность остается на одном уровне (таблица 2).

Таблица 2

Структура акушерских кровотечений I половины беременности

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Акушерские кровотечения I половины беременности | 2012 г. | 2013г. | 2014 г. | 2015 г. |
| Самопроизвольные аборты | 89 | 53 | 44 | 15 |
| Замершая беременность | 50 | 54 | 73 | 79 |
| Внематочная беременность | 35 | 36 | 27 | 32 |
| Итого | 174 | 143 | 144 | 126 |

С 2012 года отмечается заметное снижение самопроизвольных абортов, что объясняется улучшением прегравидарной подготовки женщин, планирующих беременность. Если процент самопроизвольных абортов к числу закончивших беременность в 2012 году составлял 13,4, то в 2015 он уменьшился до 2,1, т.е. отмечается снижение случаев самопроизвольных абортов на 11,3% (диаграмма 2).



Диаграмма 2. Процент самопроизвольных абортов к числу родивших

С 2012 по 2015 год процент замерших беременностей к числу закончивших беременность увеличилось на 4,8%, что объясняется возможными недиагносцируемыми хромосомными или генетическими аномалиями, ухудшением экологии, не проведенным медико-генетическим обследованием перед планируемой беременностью, особенно у женщин с акушерскими кровотечениями в анамнезе (диаграмма 3).



Диаграмма 3. Процент замерших беременностей к числу родивших

В клинической картине самопроизвольных абортов преобладали угрожающие и начавшиеся аборты с незначительным кровотечением, своевременное лечение которых предотвратило дальнейшее кровотечение и позволило пролонгировать беременность (таблица 3).

Таблица 3

Осложнения беременности

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Осложнения беременности | 2012 г. | 2013г. | 2014 г. | 2015 г. |
| Самопроизвольные аборты, из них | 89 | 53 | 44 | 15 |
| угрожающие и начавшиеся аборты | 51 | 30 | 30 | 8 |
| свершившиеся аборты | 38 | 23 | 14 | 7 |

В 2012 году у 38 беременных (42,7%), в 2013 году у 23 беременных (43,4%), в 2014 году у 14 беременных (31,8%), в 2015 году 7 беременных(46,7%) в результате обильного кровотечения беременность сохранить не удалось (диаграмма 4).



Диаграмма 4. Свершившиеся аборты, явившиеся причиной прерывания беременности

Как видим, процент свершившихся абортов (начавшихся абортов, сопровождающихся обильным кровотечением и абортов в ходу) остается довольно высоким и в 2015 году по сравнению с 2014 увеличился на 14,9%.

**2.2 Определение основных методов лечения и профилактики акушерских кровотечений I половины беременности**

Лечение самопроизвольного аборта (выкидыша) следует проводить с учетом срока беременности, стадии клинического течения и причины заболевания. Начинать терапию необходимо как можно раньше, ибо сохранить беременность легче на стадии угрожающего выкидыша, труднее - на стадии начавшегося и невозможно - на всех последующих. Назначая терапию и подбирая дозировки медикаментозных препаратов в I триместре беременности, нужно помнить о возможном эмбриотоксическом и тератогенном действии. К сожалению, далеко не всегда удается выявить причину, вызвавшую угрозу прерывания беременности, но всегда необходимо стремиться к этому, чтобы добиться успеха наименьшими усилиями. Основной целью лечения является расслабление матки, остановка кровотечения и сохранение беременности при наличии в матке жизнеспособного эмбриона или плода. Согласно рекомендациям, принятым в нашей стране, самопроизвольный выкидыш - показание к госпитализации в стационар.

Комплекс лечебных мероприятий, проводимых в гинекологическом отделении Валуйской ЦРБ включает:

полноценную, сбалансированную, богатую витаминами диету;

постельный режим;

седативные препараты (пустырник, валериана);

спазмолитики для устранения повышенного тонуса стенок матки (но-шпа, папаверин, платифиллин);

витамины (витамин Е, фолиевая кислота);

гормональное лечение (дюфастон, прогестерон).

Главным резервом снижения материнской смертности при кровотечениях остается правильно организованная профилактика акушерских кровотечений, начиная с этапа наблюдения за беременными в женской консультации. И особое значение приобретает профилактика патологических кровопотерь, своевременная правильная оценка возникшего осложнения и его срочное устранение путем проведения лечения в правильно выбранном объеме.

Только четкая организация мероприятий по профилактике маточных кровотечений во время первой половины беременности, понимание всей сложности этой проблемы могут явиться реальной основой снижения материнской смертности.

Профилактика акушерских кровотечений первой половины беременности включает.

. Своевременное адекватное лечение воспалительных заболеваний тела и придатков матки, связанных с абортами, предшествующими патологическими родами.

. Лечение и профилактика заболеваний передающихся половым путем.

. Лечение нарушений менструальной функции.

. Лечение патологии свертывающей и антисвертывающей систем крови.

. Выделение среди беременных групп риска, угрожаемых по кровотечениям во время беременности.

Рекомендации для женщин, планирующих беременность.

. Вести здоровый образ жизни.

. Исключать случайные половые связи.

. Профилактика абортов (использование контрацепции при не планируемой беременности).

. В качестве прегравидарной подготовки за 2-3 до планируемой беременности необходимо принимать фолиевую кислоту и витамин Е.

. При имеющихся в анамнезе выкидышах обследование в медико-генетических консультациях.

. Встать на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности;

. Регулярно наблюдаться у специалистов в женской консультации.

. Выполнять все рекомендации лечащего врача и акушерки в женской консультации.

Рекомендации для фельдшера и акушерки фельдшерско-акушерского пункта и женской консультации.

. Пропагандировать здоровый образ жизни.

. Проводить профилактику ЗППП, абортов, непланируемой беременности.

. Рекомендовать при появлении отклонений в репродуктивном здоровье немедленно обращаться в женскую консультацию.

. Работа с пациентками о необходимости ранней явки в женскую консультацию и постановки на диспансерный учет по беременности до 12 недель.

. При появлении кровянистых выделений из половых путей во время беременности, беременную немедленно направить на госпитализацию для профилактики осложнений и решения вопроса о дальнейшем ведении беременности.

**Заключение**

Анализ медицинской литературы и результаты собственных исследований позволили сделать следующие выводы.

В структуре заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, акушерские кровотечения I половины беременности занимают I место. Несмотря на ежегодное уменьшение данной патологи, количество акушерских кровотечений I половины беременности остается довольно высоким.

Основной причиной акушерских кровотечений I половины беременности в Валуйском районе являются самопроизвольные аборты, замершая (неразвивающаяся) и внематочная беременность.

В структуре акушерских кровотечений I половины беременности первое место в 2012 и 2013 годах занимали самопроизвольные аборты. В 2014 и 2015 годах увеличилось количество замерших беременностей. Внематочная беременность остается на одном уровне.

Снижение самопроизвольных абортов объясняется улучшением прегравидарной подготовки женщин, планирующих беременность.

Увеличение замерших беременностей объясняется возможными недиагносцируемыми хромосомными или генетическими аномалиями, ухудшением экологии, не проведенным медико-генетическим обследованием перед планируемой беременностью, особенно у женщин с акушерскими кровотечениями в анамнезе.

В клинической картине самопроизвольных абортов преобладали угрожающие и начавшиеся аборты с незначительным кровотечением, своевременное лечение которых предотвратило дальнейшее кровотечение и позволило пролонгировать беременность.

Главным резервом снижения материнской смертности при кровотечениях остается правильно организованная профилактика акушерских кровотечений, начиная с этапа наблюдения за беременными в женской консультации. И особое значение приобретает профилактика патологических кровопотерь, своевременная правильная оценка возникшего осложнения и его срочное устранение путем проведения лечения в правильно выбранном объеме.

Только четкая организация мероприятий по профилактике маточных кровотечений во время первой половины беременности, понимание всей сложности этой проблемы могут явиться реальной основой снижения материнской смертности.

**Список литературы**

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике [Текст]/ Э.К. Айламазян. - СПб.: «Издательство Н-Л», 2002. - 389с.

. Айламазян, Э.К. Акушерство [Текст]/ Э.К. Айламазян. - СПб., 2010. - 240с.

3. Акушерство [Текст]: национальное руководство / гл. ред. Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева; Российское общество акушеров-гинекологов, АСМОК. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1200 с.: ил.

. Акушерство [Текст]: учебник / под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 904 с.: ил.

. Акушерство от десяти учителей [Текст]: учебное пособие / под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза; пер. с англ. под ред. В.Н. Серова. - М.: МИА, 2004. - 456 с.: ил.

6. Бакманн, Ч.Р. Акушерство и гинекология. Учебно-практическое пособие [Текст] / Ч.Р. Бакманн. - М., 2004. - 112 с.

. Белоусов Ю.Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия: Руководство для врачей. [Текст]/ Ю.Б. Белоусов, С.В. Моисеев, В.К. Лепахин // Руководство для врачей - М.: Универсиум, 1993. - 301 с.

. Беркоу Р. Руководство по медицине, в 2 тт. [Текст]/Ред. Р. Беркоу (пер. с англ.). - М.: Мир, 1997 г. - 373 с.

. Бреусенко, В.Г. Гинекология. Учебник. 4-е издание [Текст] / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко. - М.:ГЭОТАР-Медиа., 2012. - 407 с.

Бумм**,** Э. Руководство по акушерству[Текст] /Э.Бумм**.** **-** М.: МИА**,** 2007. -240с.

. Василевская, Л.Н. Гинекология [Текст] / Л.Н. Василевская, В.И. Грищенко. - М., 2002.- 512 с.

. Википедия свободная энциклопедия [электронный ресурс]

. Кулаков, В.И. Акушерские кровотечения [Текст] / В.И. Кулаков. - М., 1998. - 256 с.

. Кулаков, В.И. Аборт и его осложнения [Текст]/ В.И. Кулаков. - М., 1987. - 245с.

14. Медицинский справочник [электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.eurolab.ua/>, свободный. Профилактика поздних гестозов (12.07.2014 г.).

. Официальный сайт ОГБУЗ «Валуйская ЦРБ» [электронный ресурс]

. Подзолкова, Н.М. Невынашивание беременности [Текст] / Н.М. Подзолкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 136 с.: ил.

## 17. Радзинский, В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Текст] / Е.М. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 944 с.

18. Радзинский, В.Е. Руководство к практическим занятиям по гинекологии [Текст] // Под ред. В.Е.Радзинского, - М.: МИА, 2014.- 361 с.

. Руководство к практическим занятиям по гинекологии [Текст] : учеб. пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 20с.

. Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушерок [Текст] // ред. В.Н. Прилепская, В.Е. Радзинский, АСМОК. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 20с.

. Серов**,** В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство [Текст] / В.Н. Серов. - М.: Гэотар-Медиа**,** 2008**.** - 240с.

. Сидорова, Е.С. Течение и ведение беременности по триместрам [Текст] / Е.С. Сидорова. - М.: МИА, 2007. - 304 с.

. Славянова, И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Учебное пособие. 6-е издание [Текст] / И.К. Славянова. - Ростов н/Д.: Феникс, 2010.- 310 с.

. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии [Текст] // под ред. Г.М. Савельевой. - М.: МИА, - 2013. - 20 с.

Сумин, С.А. Неотложные состояния. Учебное пособие <http://www.mmbook.ru/catalog/akusherstwo-i-ginekologija/4029neotlozhnye-sostojanija-uchebn.html> [Текст] / С.А. Сумин. - М.: МИА, 2010. - 960 с.

. Стрижакова, А.Н., Давыдова, А.И. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие для студентов медицинских вузов [Текст] / А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. - М.: ГЭОТАР МЕДИА, 2009. - 456 с.

. Сухих, В.Н. Неотложные состояния в акушерстве [Текст]/ В.Н. Сухих. - М.: Гэотар-Медиа, 2011. - 389с.

27.Фармакотерапия при беременности **[**Текст] / под ред. Питера Рубина, Маргарет Рэмсей; пер. с англ. под ред. Ю.Б. Белоусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 296 с.

. Цвелев, Ю.В. Руководство к практическим занятиям по гинекологии [Текст] // Под ред. проф. Ю.В. Цвелева - С-Пб.: Фолиант, 2013. - 241 с.