**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Гинекологии**

Зав. кафедрой д.м.н.

Реферат на тему:

«**ОСЛОЖНЕНИЯ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПРИЧИНА СПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЙ И КРОВОТЕЧЕНИЯ**»

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

**Пенза 2008**

**План**

Введение

1. Внематочная беременность
2. Самопроизвольный выкидыш
3. Инфекционный аборт
4. Кровотечение из жёлтого тела
5. Ущемление матки

Литература

**Введение**

Наиболее полезное правило таково: пока не доказано противное, аменорея является нормальным результатом беременности, а аномальное маточное кровотечение является осложнением беременности. У каждой пациентки с клинической картиной, включающей абдоминальные или тазовые боли или же аномальное маточное кровотечение, обязательно рассматривается возможность внематочной беременности. Кроме того, дополнительными осложнениями в ранние сроки беременности, которые часто наблюдаются в ОНП, являются выкидыш, инфекционный аборт, кровотечение из желтого тела и ущемление матки.

Для того чтобы четко установить возможность беременности у женщин с тазовыми болями и (или) кровотечением, необходимо собрать краткий, но точный гинекологический анамнез (включающий сведения о менструации), содержащий приведенную ниже информацию.

*Срок последней менструации (СПМ).* Следует выяснить не только СПМ, но и длительность двух-трех последних интервалов между "нормальными" менструациями. У любой регулярно менструирующей женщины, у которой СПМ на момент данного обследования составляет более 4 недель, весьма вероятно наличие беременности. После сообщения даты СПМ пациенткой врач должен определить, является ли этот срок действительно нормальным. Если речь идет о норме, то последняя менструация будет иметь те же характеристики продолжительности кровотечения, его объема и симптомов, как и несколько предыдущих. Объем менструального кровотечения лучше всего определяется по количеству прокладок, используемых в течение дня. Пропитанная кровью прокладка содержит 20—30 мл крови. Если СПМ определен как нормальный и у пациентки прошло менее 4 недель после этой даты, то возможность осложнения беременности весьма маловероятна, так как самопроизвольный выкидыш и внематочная беременность не проявляются клинически до первого срока отсутствующей менструации. Если СПМ нормальный и составляет более 4 недель до начала заболевания (или осложнения), то наличие аменореи и, следовательно, беременности предполагается до тех пор, пока не будет доказано обратное. Интервал аменореи (независимо от его продолжительности), за которым следует аномальное маточное кровотечение или тазовая боль, должен рассматриваться как осложнение беременности. Аналогично этому, если установленный СПМ был более непостоянным и коротким, то также следует рассмотреть возможное наличие беременности, так как у многих женщин после имплантации бластоциста скорее будет иметь место такая аномальная менструация, нежели ее "отсутствие".

*Анамнез последней беременности.* Получение информации о предыдущей беременности (особенно внематочной) имеет важное значение, так как в случае положительного ответа пациентки возможно следующее: 1) предположить наличие беременности, если наблюдаемые симптомы аналогичны имевшимся при предыдущей беременности; 2) предположить специфическое осложнение беременности, если оно имело место в прошлом. Риск повторного выкидыша и внематочной беременности составляет не менее 15 и 12 % соответственно; обычно повторные эпизоды клинически аналогичны предыдущим.

*Половая активность.* Анамнез должен подтвердить однократный или многократный половой контакт со времени последней менструации. Отрицание половой активности следует воспринимать со скептицизмом, если все остальные анамнестические и клинические данные сравнимы с таковыми при беременности.

*Контрацепция.* Хотя применение контрацептивных средств и методов сводит возможность беременности к минимуму, оно не позволяет полностью исключить ее. При любом противозачаточном методе, включая перевязку труб и вазэктомию, отмечается определенная частота неэффективности: от менее 1 % *—* при применении пероральных контрацептивов и перевязки до 30—40 % — при таких методах, как температурный, прерывание коитуса и спринцевание после полового акта. Поэтому важно определить, сочеталась ли половая активность с использованием эффективных и надежных средств и способов предупреждения беременности.

*Признаки и симптомы беременности.* Обычно они появляются вскоре после первой непришедшей менструации; набухание и болезненность молочных желез, полиурия, быстрая утомляемость, а иногда и тошнота или рвота при наличии соответствующих анамнестических данных (сроки менструации и др.) должны вызвать подозрение на беременность. Иногда у беременных женщин такие признаки и симптомы отсутствуют.

После быстрого установления возможности беременности с помощью анамнестических данных необходима оценка жизненно важных признаков, включая кровяное давление, измеренное в положении сидя и стоя, для определения наличия гиповолемии. Если имеются ортостатические признаки, то следует начать инфузию кристаллоидного раствора и сделать анализ крови для определения ее группы и совместимости. Вагинальное исследование и тест на беременность подтверждают диагноз.

Использование существующих в настоящее время качественных и количественных тестов на беременность зависит от их способности определения в сыворотке крови или моче хорионического гонадотропина (ХГ), гликопротеинового гормона, продуцируемого при беременности трофобластами (плацента). Успехи иммунохимии, радиоиммунного анализа и технологии определения моноклинальных антител в последнее десятилетие сделали возможным выявление ХГ через 2—3 дня после имплантации бластоцита в эндометрий матки. Следовательно, теперь стала возможной быстрая лабораторная диагностика беременности, которая проводится (если это необходимо) до первой несостоявшейся менструации и, конечно, в пределах первых нескольких дней после нее. Качественный радиоиммунный анализ сыворотки, специфичный для фрагмента р-ХГ, может определить содержание р-ХГ в 1 мл даже в количестве менее 10 мИЕ в течение 30—60 минут, в то время как количественная оценка с помощью такого теста требует 3 часа, при этом определяется 2,5 мИЕ р-ХГ в 1 мл сыворотки. Определение 50 мИЕ в 1 мл в течение 20 мин возможно с помощью современных иммуноферментных тестов. При нормальной беременности уровень р-ХГ возрастает вдвое примерно каждые 2 дня в течение первых 6—8 недель. Поэтому получение абсолютных значений ХГ при серийных определениях также целесообразно при контроле и прогнозировании состояния беременности в ранние сроки. Период полураспада ХГ в сыворотке после аборта, внематочной беременности или своевременных родов составляет также около 2 суток.

**1. Внематочная беременность**

Из целого ряда ранних осложнений беременности наиболее жизнеугрожающим является внематочная беременность. В 95 % случаев она возникает в маточных трубах и редко встречается в яичниках, шейке матки, париетальной брюшине таза или в каком-либо другом месте брюшной полости. За последнее десятилетие частота трубной внематочной беременности утроилась и составляет примерно 1,5 % всех беременностей. В настоящее время разрыв при внематочной беременности служит причиной гибели матери в 13 % случаев и является ведущей причиной смерти в I триместре.

Хотя внематочная беременность может иметь место и в нормальных маточных трубах, к ее развитию предрасполагают воспалительные заболевания органов таза, ранее существовавшая внематочная беременность, предшествующие хирургические операции на органах таза (особенно реконструктивная операция на трубах), перевязка маточных труб, искусственное прерывание беременности и использование внутриматочной противозачаточной спирали.

В большинстве случаев трубная внематочная беременность проявляется между 5-й и 8-й неделей после СПМ. Следовательно, анамнестические данные обычно включают короткий период аменореи (80 % пациенток), последующую боль (95 %) и аномальное кровотечение (75 %).

Тазовая боль, связанная с трубной беременностью, вначале обычно бывает локализованной и односторонней и имеет преходящий и спазматический характер, обусловленный растяжением трубы и минимальным кровотечением в месте имплантации. Боль обычно предшествует кровотечению в отличие от самопроизвольного выкидыша, при котором часто наблюдается обратная ситуация. При дальнейшем росте яйца и плода происходит разрыв трубы или выкидыш через ее ворсинчатый конец; в обоих случаях может возникнуть сильная односторонняя боль. Ко времени обследования пациентки в ОНП боль обычно диффузно распространяется на весь низ живота и таза, что делает ее источник неотличимым от такового при другой этиологии боли. Локализация боли с самого начала должна быть определена, что будет способствовать правильной диагностике.

Аномальное кровотечение, связанное с внематочной беременностью, возникает обычно после разрыва (или выкидыша) трубы в месте имплантации яйца. Децидуальная ткань и маточный эндометрий, стимулируемые гормонами и поддерживаемые ХГ из интактных трофобластов трубы и прогестероном из желтого тела в яичнике, утрачивают (вследствие разрыва трубы) их эндокринную поддержку и покидают полость матки. Хотя скудное нерегулярное отделяемое дицидуальной ткани может появиться и до разрыва трубы, в большинстве случаев кровотечение возникает позже. Объем кровотечения обычно бывает минимальным (в отличие от кровотечения, связанного с выкидышем при внутриматочной беременности) и может сопровождаться прохождением децидуального слепка, который во всех случаях должен исследоваться гистологически.

Данные абдоминального исследования у пациенток с внематочной беременностью могут быть совершенно нормальными, хотя при развитии разрыва трубы или выкидыша обычно определяется односторонняя болезненность в нижнем квадранте живота. В случае явного разрыва и гемоперитонеума отмечаются растяжение брюшной стенки, сильная боль при глубокой пальпации и болезненность во всей нижней половине живота. Представляют большой интерес жалобы на боль в плече (вследствие раздражения диафрагмы) при обследовании пациентки, в положении лежа, так как это четко свидетельствует о наличии значительного гемоперитонеума.

Результаты вагинального исследования весьма вариабельны и часто неспецифичны. Осмотр влагалища и шейки матки может обнаружить минимальные красновато-коричневые выделения в результате слущивания децидуальной оболочки, но часто эти отделы представляются вполне нормальными. Исключительно интенсивное маточное кровотечение с прохождением ткани через шейку матки с большей вероятностью наблюдается при самопроизвольном выкидыше. У большинства пациенток с внематочной беременностью матка имеет нормальные размеры; если же она увеличена, то обычно в значительно меньшей степени, чем это можно ожидать при данном сроке беременности. Односторонняя болезненность придатков матки при вагинальном исследовании является наиболее часто отмечаемым признаком, и в тех случаях, когда он сочетается с обнаружением новообразования, внематочная беременность весьма вероятна. Пальпируемая масса в области придатков может представлять желтое тело при внутриматочной беременности, особенно если размеры матки в большей степени соответствуют сроку беременности. В случае значительного внутрибрюшного кровотечения может определяться болезненность при смещении шейки матки, а также наполнение слепого мешка или выпячивание. Однако независимо от наличия или отсутствия таких данных у всех пациенток с подозрением на внематочную беременность необходимо выполнить пункцию заднего свода. Обнаружение при этом свернувшейся или свежей крови у пациенток с положительным тестом на беременность и клиническими признаками, предполагающими внематочную беременность, означает настоятельную необходимость хирургического вмешательства (лапароскопия или лапаротомия). Отрицательный результат пункции заднего свода (хотя он исключает гемоперитонеум) не позволяет отвергнуть возможность внематочной беременности. В такой ситуации необходимо больше доверять лабораторным исследованиям.

Хотя предварительный диагноз внематочной беременности или каких-либо осложнений, связанных с беременностью, может быть поставлен на основании клинических и анамнестических данных, следует всегда прибегать к лабораторному подтверждению беременности, если только состояние пациентки не является слишком нестабильным и не требует немедленного хирургического вмешательства.

Положительный результат теста на беременность (независимо от определения абсолютного значения хорионического гонадотропина) подтверждает диагноз беременности с локализацией внутри матки или вне ее.

Дальнейшие попытки определения локализации беременности могут быть сделаны с помощью ультразвукового исследования таза в режиме реального времени, результаты которого в значительной мере зависят от гестационного возраста. Ультрасонография в реальном режиме времени с использованием абдоминального датчика, как правило, может обнаружить внутриматочный гестационный мешок на 5-й неделе беременности, мешок с эмбриональным (или плодным) полюсом — на 6-й неделе, а эмбриональную массу с сокращающимся сердцем — на 7-й неделе. При трубной эктопической беременности (даже без разрыва трубы) нечасто удается получить столь точные данные с помощью такого исследования. Следовательно, поставленный с помощью ультразвука диагноз трубной внематочной беременности является предварительным, а не абсолютно подтвержденным (т. е. путем исключения наличия внутриматочной беременности). Получение окончательного и точного диагноза может быть обеспечено лапароскопией.

Когда приходится сталкиваться с пациенткой, предъявляющей жалобы на боль в животе и имеющей вагинальное кровотечение, то первым диагнозом является внематочная беременность. Следующими мероприятиями являются детальный сбор гинекологического анамнеза, выяснение сроков и характера менструаций, полное исследование живота и органов таза и тестирование на беременность. Устанавливается внутривенная линия для введения 5 % декстрозы в лактате Рингера или изотонического раствора хлорида натрия, восполняется объем циркулирующей жидкости с целью коррекции ортостатических нарушений и проводится анализ крови (определение ее группы и перекрестной совместимости), для чего следует получить 2—6 единиц. Необходима срочная консультация гинеколога.

**2. Самопроизвольный выкидыш**

Наиболее частым осложнением беременности в ранние сроки является самопроизвольный выкидыш, наблюдаемый в 15 % случаев. Выкидыш может стать причиной аномального маточного кровотечения, приводящего к острой анемии и гипотензии. Существует ряд предполагаемых причин выкидышей, но в большинстве случаев это осложнение обусловлено генетическими дефектами в ранний период развития эмбриона, аномалиями матки и эндокринной недостаточностью яичников. Повторные выкидыши наблюдаются у 5 % женщин, которые обычно весьма точно диагностируют осложнения собственной беременности на основании прошлого анамнеза.

В клинических проявлениях внематочной беременности и спонтанного выкидыша существует ряд различии. Выкидыш в большинстве случаев наблюдается также до 8-й недели беременности, но в отличие от внематочной беременности он нередко возникает в период между 8-й и 13-й неделей. У пациентки с потенциальным выкидышем вначале отмечаются минимальные (преходящие или постоянные) выделения, прогрессирующие до очень тяжелого кровотечения с выходом кровяных сгустков и гестационной ткани. Боль, связанная с абортивным процессом, обычно появляется после кровотечения и имеет характерную локализацию по средней линии и спазматическую природу в противоположность острой и сильной боли с односторонней локализацией, которая наблюдается при внематочной беременности или разрыве кисты яичника.

Исследование живота у пациентки с выкидышем обычно ничем не примечательно; при глубокой пальпации возможно обнаружение болезненности по средней линии над пупком. При влагалищном исследовании у пациентки с угрожающим выкидышем выявляются закрытый зев шейки матки и небольшое кровотечение. Однако у женщин с активно прогрессирующим выкидышем кровотечение бывает профузным и сопровождается выделением сгустков крови и продуктов плодного яйца через явно расширенное отверстие шейки матки. Матка обычно увеличена в размерах в соответствии со сроком беременности, несмотря на отхождение значительного количества некротических масс. В случаях полного аборта вскоре после отхождения всей ткани матки может уменьшиться и уплотниться. При исследовании придатков аномалии маловероятны, хотя часто отмечаются некоторая болезненность и пальпаторная наполненность на стороне желтого тела беременности.

При полной абортивной ситуации правильный диагноз поставить нетрудно. Но на более ранних стадиях окончательный диагноз может быть достаточно трудным, так как выкидыш легко спутать с внематочной беременностью. Ультразвуковое исследование помогает исключить внематочную беременность, особенно если определяется внутриматочный гестационный мешок, и может даже предсказать выкидыш, если отсутствуют сердечные тоны плода или наблюдаются неровные очертания мешка. Однако следует помнить и о редких случаях двойной внутриматочной и внематочной беременности. Когда нет уверенности во внутриматочной беременности, следует избегать инструментальных манипуляций в полости матки до тех пор, пока не будет поставлен точный диагноз. У большинства женщин с кровотечением в ранние сроки беременности ее исход бывает нормальным. Если поставлен диагноз угрожающего выкидыша, то пациентку могут отправить домой для продолжения выжидательного лечения и тщательного наблюдения (акушером). При этом женщину инструктируют в отношении соблюдения постельного режима, воздержания от половых контактов и отказа от использования тампонов. Пациентку следует предупредить о необходимости возвращения в ОНП в случае возникновения кровотечения или интенсификации спазматических сокращений матки, при развитии симптомов ортостатического коллапса, повышении температуры или появлении озноба. При неполном аборте требуется немедленное удаление содержимого полости матки, чтобы предупредить обильное кровотечение и возникновение эндометрита после выкидыша. Иногда пациентку доставляют с массивным вагинальным кровотечением, когда плодная ткань находится в шеечном канале. Эту ткань следует осторожно извлечь, и кровотечение уменьшится. Любая ткань, вышедшая спонтанно или полученная во время расширения шейки матки и кюретажа, должна исследоваться гистологически для подтверждения наличия нормальной трофобластной ткани, ворсинок хориона или плодной ткани и, следовательно, исключения внематочной беременности или беременности с пузырным заносом.

**3. Инфекционный аборт**

Эндометрит после спонтанного аборта возникает нечасто, даже в случаях инструментальных манипуляций в матке с расширением шейки и кюретажем. Его появление после искусственного аборта более вероятно, особенно если для стимуляции аборта используются нестерильные катетеры или другие инородные предметы.

Оставшаяся ткань плодного яйца после самопроизвольного или искусственного аборта может стать очагом инфекции, обычно полимикробной по своей этиологии. Возникающий после аборта эндометрит обычно сопровождается постоянным кровотечением, схваткообразными болями, лихорадкой, тошнотой и общим недомоганием. При обследовании обнаруживаются гнойные геморрагические выделения из шеечного канала в сочетании с уплотненной, болезненной и увеличенной маткой. Если в воспалительный процесс вовлекаются миометрий, параметрий или маточные трубы, то может определяться и значительная болезненность придатков матки. В тяжелых случаях с перфорацией матки болезненное и воспаленное образование, напоминающее абсцесс, пальпируется в области придатков или слепого мешка. Пациентки с постабортивным эндометритом нуждаются в госпитализации и интенсивной парентеральной антибиотикотерапии и, возможно, в повторном расширении шейки матки с кюретажем с целью предотвращения формирования абсцесса и развития септического тазового тромбофлебита.

**4. Кровотечение из желтого тела**

Желтое тело беременности обычно продолжает существовать до тех пор, пока имеется беременность, и часто пальпируется как небольшое (3—4 см) образование в области придатков матки. Разрыв кисты желтого тела или кровоизлияние в желтое тело может произойти в ранние сроки беременности и вызвать клиническую картину, неотличимую от наблюдаемой при внематочной беременности. Ультразвуковое исследование, подтверждающее внутриматочную беременность, позволяет четко различить эти два состояния.

Однако более частым, чем разрыв желтого тела беременности, является разрыв желтого тела, сохраняющегося в менструальный период. В норме желтое тело овуляционного цикла подвергается спонтанному лютеолизу в течение 2 недель после овуляции. В результате уменьшается содержание эстрогена и прогестерона в крови, что инициирует отторжение эндометрия, которое достигает кульминации во время менструации. По не вполне ясным причинам желтое тело может сохраняться в течение более 2 недель и продолжает поддерживать рост эндометрия после срока ожидаемой менструации. В таком случае аменорея у пациентки обычно имеет место еще в течение 1—3 недель, после чего происходит лизис желтого тела с последующим значительным менструальным кровотечением. Если желтое тело сохраняется и происходит разрыв кисты, то клиническая картина весьма напоминает таковую при внематочной беременности или самопроизвольном выкидыше. Для дифференциального диагноза требуются определение хорионического гонадотропина и ультразвуковое исследование.

Острый разрыв кисты желтого тела с последующим гемоперитонеумом (при наличии беременности или без нее) обычно требует хирургического вмешательства — овариальной цистэктомии. В подозрительных случаях лечение в амбулаторных условиях противопоказано, но возможна выжидательная тактика при лечении в стационаре, если, по мнению консультанта-гинеколога, клиническая картина позволяет ограничиться только пристальным наблюдением.

**5. Ущемление матки**

Ущемление беременной матки — это нечасто встречающееся осложнение в конце I триместра беременности, но оно может сопровождаться тазовыми болями и другими признаками и симптомами угрожающего выкидыша. Ущемление наблюдается только у пациенток, у которых матка находится в положении ретроверсии и ретрофлексии, что может быть вариантом анатомической нормы, результатом эндометриоза или спаек. В норме матка выходит из таза вследствие ее увеличения при беременности и, начиная с 12—13-й недели беременности, надежно ограничена стенками таза. Однако если антеверсия такой матки не происходит в процессе ее расширения, то матка оказывается заключенной в костном каркасе таза. Клинически пациентка отмечает постоянно нарастающее тазовое и ректальное давление и в связи с этим заметное смещение шейки матки кпереди, в положение за симфизом лонных костей. Может также отмечаться задержка мочеиспускания. Диагноз легко ставится при определении смещения шейки и невозможности мобилизации матки при комбинированном влагалищно-абдоминальном исследовании.

Лечение такого осложнения должно проводиться довольно быстро и преследовать цель устранения задержки мочеиспускания и предупреждения самопроизвольного выкидыша. Принятие пациенткой положения, когда колени прижаты к груди, может спонтанно (или при помощи соответствующего давления через прямую кишку) устранить данное осложнение. Если необходимо, репозиционирование может быть проведено при общей или регионарной анестезии.

**Литература**

1. Айламазян Э.К. «Акушерство» - Санкт-Петербург: Специальная литература, 1997г., 479с.

2. Грицук В.И., Винокуров В.Л., Карелин М.И. Справочник практического гинеколога: 2-е издание, исправленное и дополненное - М.: Медицина, 2005г.,750с.