История родов: Беременность 28 недель. Угрожающие преждевременные роды

Куратор студент 4 курса

группы лечебного факультета

Сат Айлана Айдаановна

Время курации с 29.09 по 09.10

Благовещенск 2014.

Паспортная часть

Ф.И.О.

Возраст: 29 лет

Национальность: русская

Место жительства:

Место работы: Образование: высшее

Профессия: менеджер

Семейное положение: замужем

Посещение женской консультации: с 10 недель

Температура при поступлении: 36,4

Дата поступления: 28.09.2014

Дата курации: 29.09.2014

Кем направлен: СМП

Жалобы

При поступлении: Кровянистые выделения из половых путей, боли в пояснице.

Анамнез жизни (anamnesis vitae)

Родилась в г. Белогорске. Материально-бытовые условия в детстве были удовлетворительными. В умственном и нервно-психическом развитии от сверстников не отставала. Окончила 11 классов средней школы. Поступила в экономический ВУЗ. В настоящее время работает менеджером.

Общие заболевания

В детстве переболела ветряной оспой и ОРВИ. Травм и операций не было.

Рабочее АД=120/70

Аллергологический анамнез

## Аллергических проявлений на лекарственные препараты, средовые факторы, продукты питания не отмечает.

Инфекционный анамнез

Болезнь Боткина, туберкулез отрицает.

Наследственность

Не отягощена.

Гемотрансфузии

Не проводилось.

Венерологический анамнез

Кожно-венерологические заболевания отрицает.

Акушерско-гинекологический анамнез

Менструальная функция

Менструации с 13 лет менструальный цикл установился сразу, по 6-7дней через 30 дней, обильные безболезненные. Цикл регулярный.

Дата последней менструации: 19.03.2014.

Половая функция:

Начало половой жизни с 22 лет, на менструальный цикл не повлиял. Брак первый, муж не пьет, не курит-здоров.

Методы контрацепции-барьерные.

Гинекологические заболевания:

Параовариальная киста слева в 2011г, без отрицательной динамики.

Репродуктивная функция

Настоящая беременность первая, желанная. Роды предстоят первые.

Течение настоящей беременности:

На «Д» учете с 10 недель.триместр беременности - угроза самопроизвольного выкидыша на 10 неделе. Стационарное лечение.триместр беременности - угроза на 26-27 неделе. Стационарное лечение в НИИ Патологии дыхания. Общая прибавка в массе тела - 8 кг.

Данные объективного обследования

Общий осмотр (status praesens):

Состояние удовлетворительное. Положение активное, сознание ясное, поведение адекватное. Телосложение нормостеническое. Рост: 174. Вес: 68 кг.

## Кожный покров чистый, обычной окраски. Ногти не изменены. Подкожный жировой слой развит умеренно. Видимые слизистые чистые, нормальной окраски, влажные. Конъюнктива бледно-розового цвета, гладкая, влажная.

Затылочные, заушные, подподбородочные, надключичные, подключичные, кубитальные, подколенные лимфоузлы - не пальпируются. Подмышечные, переднешейные, заднешейные паховые, подчелюстные лимфоузлы - не пальпируются. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Молочные железы обычного размера, симметричны, изменений кожи нет. Форма сосков и ареол - правильная. При пальпации - патологии не выявлено.

Костно-мышечная система:

Опорно-двигательный аппарат без патологии.

Костно-мышечная система: развита достаточно, равномерно.

Тонус мышц сохранен. При пальпации мышцы безболезненны, уплотнений не обнаружено.

Кости и суставы без видимых изменений, активные и пассивные движения в полном объёме.

Органы дыхания:

Носовое дыхание не затруднено.

Форма грудной клетки нормостеническая. Лопатки и ключицы без видимых изменений, расположены симметрично. Позвоночник без видимых изменений. Над- и подключичные ямки выражены умеренно. Ход рёбер умеренно косой, эпигастральный угол 900. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Частота дыхания в 1 минуту - 18. Грудная клетка при пальпации безболезненна.

Голосовое дрожание проводится одинаково над симметричными отделами легких.

Во всех точках сравнительной перкуссии звук ясный лёгочный.

Аускультация легких: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Бронхофония не определяется.

Сердечно-сосудистая система:

Грудная клетка над областью сердца не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется. Пальпаторно: в 5 межреберье, на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, локализованный, средней силы и высоты, резистентный.

Границы относительной тупости сердца:

Правая граница - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница - середина 3 ребра.

Граница сердца слева - на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии.

Ширина сосудистого пучка 5 см.

Аускультативно

Тоны сердца ясные ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет

Артериальное давление на правой руке 120\80, на левой руке 120\80 мм.рт.ст

Пульс - 84 удара в минуту, regularis, plenus, durus.

Органы пищеварения:

Слизистая полости рта влажная, бледно-розовой окраски.

Язык бледно-розового цвета, влажный, с небольшим белым налетом, язв и трещин нет.

Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Зев спокоен, диспепсических расстройств на момент курации нет.

Живот правильной формы, левая и правая половины живота симметричны, равномерно участвуют в акте дыхания. Видимая перистальтика отсутствует.

Стул без патологических примесей, регулярный, нормального цвета, оформленный.

Мочевыделительная система:

Кожный покров в области анатомической проекции почек нормальной температуры и цвета.

Почки не пальпируются с обеих сторон.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь не перкутируется.

Мочеточниковые точки безболезненны.

Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

Эндокринная система:

Пропорции туловища и конечностей соответствуют возрасту. Щитовидная железа расположена на уровне средней и нижней трети щитовидного хряща, не увеличена, безболезненна, однородной консистенции. Глазные симптомы отрицательные, симптомы Мари, Бэра отрицательные.

Половые органы соответствуют полу и возрасту.

Нервная система:

Обоняние и вкус сохранены, глазные щели округлые, глазные яблоки подвижны. Косоглазия, двоения, нистагма не выявлено. Реакция зрачков на свет - сохранена.

Слух сохранён. Речь понятная. Парезов мимической мускулатуры нет. Глотание - сохранено.

Походка - обычная. Координация движений не нарушена. В позе Ромберга устойчива.

Гиперкинезы отсутствуют. Кожные и сухожильные рефлексы - симметричны. Патологические рефлексы отсутсвуют. Нарушений чувствительности не выявлено. Менингеальные симптомы - отсутствуют.

Акушерский статус

Наружный осмотр и изменение: Живот овоидной формы, мягкий безболезненный увеличен беременной маткой, пупок втянут, послеоперационных рубцов и рубцов беременности не обнаружено. ОЖ-90см, ВДМ-29см.

Пальпация: Матка возбудима при пальпации, безболезненна.

Приемы Леопольда-Левицкого

Первый прием: определяют высоту стояния дна матки и часть плода, которая находится в дне. Ладони обеих рук располагают на дне матки, концы пальцев рук направленны друг к другу, но не соприкасаются. В дне матки располагается тазовый конец плода. Расположение плода - продольное. Второй прием: определяют положение, позицию и вид плода. Кисти рук сдвигаются с дна матки на боковые поверхности. Ладонными поверхностями кистей рук производят пальпацию боковых отделов матки. Слева кпереди лежит спинка плода, справа - мелкие части, что свидетельствует о первой позиции. Третий прием: определяют предлежащую часть и отношение ее к входу в малый таз. Прием производят одной рукой, при этом большой палец максимально отводят от остальных четырех. Предлежащую часть захватывают между большим и средним пальцами. Предлежащая часть - головка плода, головное предлежание. Симптом баллотирования положительный. Головка плода находится над плоскостью входа в малый таз.

Аускультация: Сердцебиение плода выслушивается ясное, ритмичное 144 удара в мин. Место наилучшего выслушивания слева, ниже пупка.

Наружные размеры таза: Dist. Spin-26см Форма ромба Михаэлиса



. Crist-29см. Troch-33см. Exter-20см

Индекс Соловьева - 15см

Длинник-11см

Поперчник-10см. Genitalis: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Половая щель сомкнута. Область уретры и парауретральных желёз не изменена. Клитор не гипертрофирован. Малые половые губы прикрыты большими. В нижней трети больших половых губ бартолиниевы железы не пальпируются.

На зеркалах: Шейка матки сформированна визуализируется, конической формы, размер нормальный. Слизистая не эрозированна. Наружный маточный зев точечной формы, закрыт. Выделения кровомажущие, не обильные.

###### Внутреннее исследование: Влагалище нерожавшей, перегородки во влагалище нет, стриктур и рубцовых изменений нет. Шейка матки сформированна, по оси таза, по консистенции мягкая, длина по наружно-боковой поверхности 2 см, наружный зев закрыт.

Предлежащая часть: Головка, подвижна.

Предварительный диагноз: Беременность 28 недель. Угрожающие преждевременные роды. Полип цервикального канала.

План обследования

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимическое исследование крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин).
4. Биохимический анализ крови.
5. Анализ крови на СПИД, сифилис, групповую принадлежность.
6. Мазок на микрофлору.
7. Кольпоскопия.
8. Анализ мочи на микрофлору.
9. КТГ.
10. УЗИ плаценты.
11. Доплерография маточно-плацентарно-плодового кровотока.

Результаты лабораторного и инструментального исследования:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Клинический анализ крови от 29.09.14 | | | | |
| Показатель | | Данные | | |
| Er | | 3,76\*1012/л | | |
| Нв ЦП Тромбоциты | | 123 г/л 0,9 190\*109/л | | |
| Лейкоциты | | 9,9 \*109/л | | |
| СОЭ | | 32 мм/час | | |
| Эозинофилы | | 35,9% | | |
| Палочкоядерные | |  | | |
| Сегментоядерные | |  | | |
| Лимфоциты | | 2,0% | | |
| Моноциты | |  | | |
| Биохимический анализ крови от 29.09.14 | | | | |
| Показатель | | | | Данные |
| Общий белок | | | | 67,0 г/л |
| Глюкоза | | | | 4,9 ммоль/л |
| Общий билирубин | | | | 10-2-8 мкмоль/ |
| Фибриноген АЧТИ | | | | 5,6 г/л 29,6 |
| Протромбиновый индекс | | | | 89% |
| Клинический анализ мочи от 29.09.14 | | | | |
| Показатель | | |  | |
| Удельный вес Плотность | | | 1015 1007 | |
| Цвет | | | соломенно-жёлтый | |
| Прозрачность | | | не полная | |
| Белок | | | Нет | |
| Сахар | | | Нет | |
| Лейкоциты | | | 1 - 2 в поле зрения | |
| Эпителий Билирубин Уробилиноген | | | плоский единично 5,5 7,0 | |
|  | | | Анализ мочи на микрофлору | |
| Не обнаружено | | |  | |
|  |  | | Анализ мазка | |
| Гонококки Лейкоциты Микрофлора |  | | Vagina Uretra Cervix не обнаружены Не обнаружены Не обнаружены до 20 Единичные в слизе до 30 Смешанная Смешанная смешанная | |
| Эпителий плоский |  | | Много | |
| Слизь |  | | ++++ | |
| Трихомонады |  | | не обнаружено | |
| Анализ крови на RW | | | | |
| Анализ крови на RW отрицательный | | | | |
| Анализ крови на Rh и Rh-АТ | | | | |
| А(II) Rh + | | | | |

КОЛЬПОСКОПИЯ

Ф.И.О 29 лет

ОБЗОРНАЯ КОЛЬПОСКОПИЯ



полип цервикального канала

Шейка матки: визуализируется

Форма: цилиндрическая

Размер: нормальный

Наружный зев: точечный

Характер выделений: кровомажущие, обильные

Цвет ш\м: бледно-розовый

Особенности сосудистого рисунка: не выявлены

Рубцовая деформация: нет

Показания к биопсии: есть. Не произведена.

Показания к выскабливанию цервикального канала: есть

Заключение: Полип цервикального канала.

Протокол допплерографии маточно-плацентарно-плодового кровотока

Ф.И.О возраст: 29 лет

Дата последних месячных: 19.03.14

Срок беременности по дате последней менструации: 27 недель 2 дня

ПИ СДО ИР

Маточная артерия справа 0,55

артерия пуповины 0,48

артерия пуповины 0,58

Нисходящая часть аорты 0,55

Средняя мозговая артерия

Венозный проток

Обвитие пуповиной вокруг шеи плода не выявлено.

ЧСС 145 уд. в мин. Ритм сердечных сокращений правильный.

Заключение: Нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока не выявлено: показатели гемодинамики в пределах нормы.

Дата исследования: 29.09.14 врач: Бурдинская М.С

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Ф.И.О возраст: 29 лет

Клинические данные

Срок беременности (акушерский) 27недель 2дня.

Вид исследования: трансабдоминальный

Расположение плаценты: передняя стенка

Соответствие зрелости плаценты: первой степени, что соответствует сроку беременности

Эхоструктура плаценты: не изменена

Толщина плаценты:30 мм

Расстояние от нижнего края плаценты до внутреннего зева: 70 мм

Внутренний зев: визуализируется

Заключение: Эхографических признаков отслойки плаценты не выявлено.

Дата исследования 29.09.14 Врач: Бурдинская М.С

Клинический диагноз: Беременность 28 недель. Угрожающие преждевременные роды. Полип цервикального канала.

Обоснование диагноза:

Диагноз поставлен:

· С учётом жалоб:

Обильные кровянистые выделения из половых путей. Боль в пояснице

· С учетом данных объективного осмотра:

Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах: влагалище емкое, стенка влагалища ровное, слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки бледно-розового цвета. Шейка матки визуализируется, цилиндрической формы. Слизистая не эрозированна. Наружный маточный зев точечной формы, закрыт. Выделения кровянистые, обильные.

###### Бимануальное влагалищное исследование: Матка в нормальном положении, увеличена до 28 недель беременности, равномерной плотности, подвижная, безболезненная. Миоматозные узлы плотные, безболезненные. Придатки матки не пальпируются.

· С учётом данных дополнительных методов исследования:

Обзорной кольпоскопии.

Ультразвукового исследования плаценты.

Доплерографии маточно-плацентарно-плодового кровотока

Дифференциальная диагностика

Угрожающие преждевременные роды следует дифференцировать от начинающихся и начавшихся преждевременных родов.

При начинающихся преждевременных родах присуща следующая клиническая картина: выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки. При влагалищном исследовании отмечают укорочение шейки матки, нередко ее сглаживание.

Для начавшихся преждевременных родов характерны регулярная родовая деятельность и раскрытие шейки матки более 3-4см. Течение имеет ряд особенностей. К ним относят преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация), быстрые или стремительные роды при истмико-цервикальной недостаточности или затяжные вследствие незрелой шейки матки, неподготовленности систем нейрогуморальных и нейроэндокринных механизмов регуляции, гипоксию плода.

У курируемой беременной соответствующей клинической картины не наблюдается.

Этиология и патогенез.

Этиологические факторы преждевременных родов сложны и многообразны.

Основные причины:

Генетические.

Нейро-эндокринные (гиперандрогения надпочечникового генеза, гиперандрогения яичникового генеза, нарушения функции щитовидной железы и др.).

Инфекционные заболевания женских половых органов, общие инфекционные заболевания.

Аномалии развития женских половых органов.

Генитальный инфантилизм.

Миома матки.

Экстрагенитальные неинфекционные заболевания матки.

Осложненное течение беременности.

Истмико-цервикальная недостаточность.

Генетические заболевания. Важную роль в этиологии самопроизвольных выкидышей в ранние сроки беременности играют хромосомные нарушения, приводящие к гибели эмбриона. Так до 6 недель беременности частота хромосомных нарушений составляет 70%, в 6 - 10 недель - 45% и до 20 недель - 20%. При цитологическом исследовании выявляют различные варианты хромосомных аберраций (трисомия, моносомия, транслокация и др.). Большинство хромосомных нарушений наследственно не обусловлены и возникают в гаметогенезе родителей или на ранних стадиях деления зиготы.

Нейро-эндокринные заболевания. В случае развития гиперплазии сетчатой зоны коры надпочечников или образования в ней опухоли, которая ведет к атрофии других слоев надпочечников, адреногенитальный синдром может сочетаться с болезнью Аддисона. При гиперплазии сетчатой и пучковой зоны коры надпочечников развиваются адреногенитальный синдром и синдром Кушинга. Такие тяжелые поражения коры надпочечника для недонашивания не характерны.Стертые формы синдрома Кушинга могут быть причиной недонашивания беременности. Синдром Кушинга развивается, как следствие гиперплазии пучковой зоны коры надпочечников и, так же как адреногенитальный синдром, может быть обусловлен гиперплазией или опухолью. При недостаточности надпочечников (болезнь Аддисона) также отмечают высокую частоту ранних и поздних выкидышей.

Из всех заболеваний, которые сопровождаются гиперандрогенией яичникового генеза, наибольшее значение в проблеме недонашивания имеет синдром Штейна-Левенталя, который имеет несколько форм. Благодаря успехам терапии женщины, страдающие этим заболеванием, могут иметь беременность, которая часто протекает с явлениями угрозы прерывания. При этом наблюдается высокая частота самопроизвольного выкидыша. В основе синдрома Штейна-Левенталя лежит нарушение стероидогенеза в яичниках.

При выраженной гипофункции щитовидной железы, как правило, возникает бесплодие, а при легких формах - невынашивание беременности. При гиперфункции щитовидной железы невынашивание встречается не чаще, чем в популяции. При тяжелой форме гипертиреоза беременность противопоказана.

Инфекционные заболевания женских половых органов, общие инфекционные заболевания. Одной из частых причин недонашивания беременности являются инфекционные заболевания латентно протекающие, такие, как хронический тонзиллит, микоплазменная инфекция, хронические воспалительные заболевания женских половых органов, хламидиоз, вирусные заболевания.

Аномалии развития матки в последние годы выявляют несколько чаще благодаря совершенствованию методов исследования (гистеросальпингография, ультразвуковое сканирование). Среди женщин, страдающих недонашиванием беременности, пороки развития матки отмечены в 10,8%-14,3% наблюдений. Причины нарушения репродуктивной функции большинство исследователей видят в анатомо-физиологической неполноценности матки, сопутствующей ей истмико-цервикальной недостаточности и гипофункции яичников.

Пороки развития женских половых органов нередко сочетаются с аномалиями развития мочевыводящей системы, так как эти системы характеризуются общностью онтогенеза. При невынашивании беременности наиболее часто встречают следующие виды аномалий развития матки: внутриматочная перегородка (чаще неполная), двурогая, седловидная, однорогая и очень редко двойная матка.

Механизм прерывания беременности при некоторых пороках развития матки связан не только с гипофункцией яичников, но и с нарушением процесса имплантации плодного яйца, недостаточным развитием эндометрия, вследствие неполноценной васкуляризации органа, тесными пространственными взаимоотношениями, функциональными особенностями миометрия.

Генитальный инфантилизм характеризуют недоразвитие женских половых органов и различные нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Определение уровня рецепции в эндометрии дало возможность подтвердить предположение, что в организме женщины имеется неадекватная тканевая реакция на гормоны яичников.

Миома матки - одна из причин прерывания беременности. По данным Е. М. Вихляевой и Л. Н. Василевской (1981 г), у каждой 4-5-ой больной с миомой матки беременность осложнена угрозой прерывания, а самопроизвольные выкидыши наблюдали у 5-6% больных. Преждевременное прерывание беременности при миоме матки может быть обусловлено высокой биоэлектрической активностью миометрия и усилением ферментативной активности сократительного комплекса матки. Иногда угроза прерывания беременности обусловлена нарушением питания в узлах или их некрозом.

Экстрагенитальные заболевания матери являются одной из частых причин прерывания беременности (сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, хронические заболевания легких, почек, печени и др.).

Осложненное течение беременности. Среди факторов прерывания беременности большое значение имеет ее осложненное течение. Токсикозы, в особенности тяжелые формы как ранние, так и поздние приводят к прерыванию беременности. Сюда же можно отнести неправильные положения плода, аномалии прикрепления плаценты, отслойку нормально расположенной плаценты, многоплодие, многоводие, маловодие.

Истмико-цервикальная недостаточность встречается от 20% до 34% случаев и может быть травматической (анатомической) и гормональной. В первом случае недостаточность шейки матки обусловлена травмой шейки матки в области внутреннего зева, во втором - гормональной недостаточностью (недостаточность продукции прогестерона).

Заключение: Относится ко II (средней) степени риска.

План лечения

При ведении угрожающих преждевременных родов придерживаются консервативно-выжидательной тактики (пролонгирование беременности).

С целью более объективной оценки акушерской ситуации при преждевременных родах используют индекс токолиза, предложенный К.Браумгартеном в 1974. Сумма баллов дает представление об индексе токолиза: чем она меньше, тем более успешной может быть терапия. Чем она больше, тем больше вероятность того что роды вступили в активную фазу и терапия по сохранению беременности будет не эффективной.

Индекс токолиза=2балла, следовательно, проводимая терапия будет эффективной.

Комплексное лечение угрожающих родов включает:

Ш Постельный режим

Ш Применение седативных средств

Ш Использование токолитиков: магния сульфат, b-миметики, антагонисты кальция

Ш Применение эфферентных методов для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, иглорефлексотерапия, СМТ

Лист назначений

Режим постельный.

Стол № 15..: Sol. Magnesii sulfatis 25% - 10ml.S.: В\м по 5 мл 2 раза в день.: Sol. Natrii chloridi 0,9%-200ml.S.: В\в кап.: Sol.Dexametazoini 8mg.S.: В\м №3.: Supp. Cum Papaverini hydrochloridi 0,02

D.S.: По 1 свече в прямую кишку

###### Rp: Tincturae Valerianae 30 ml

D.S.: по 10 капель 2 раза в день

Физиотерапия

Для усиления токолитического эффекта к медикаментозной терапии желательно подключить иглорефлексотерапию корпоральными иглами. Курс лечения составляет 10-20 сеансов, продолжительность одного сеанса 20-30 минут. ИРТ улучшает общее состояние беременных, способствует релаксации матки, нормализации сердечной и дыхательной функции плода. Заменить иглорефлексотерапию может электрофорез магния синусоидальным модулированным током на нижние отделы живота.

План родоразрешения: После пролонгирования беременности. Роды вести через естественные родовые пути с применением анальгетиков, спазмолитиков, проведением профилактики внутриутробной гипоксии плода и кровотечения в родах. Во время родов необходим контроль за сердцебиением плода.

Степень риска перинатальной патологии

.Социально биологические факторы: 0 баллов

.Акушерско-гинекологический анамнез: 1 балл

.Экстрагенитальная патология: 0 баллов

.Осложнения беременности: 4 балла

. Оценка состояния плода: 0 баллов

Дневник

матка боль живот шейка

30.09.14 г.

Жалоб нет. Общее состояние - удовлетворительное. Шевеление плода ощущает хорошо. Температура 36,3. АД - 120 \80 мм рт. ст. Пульс- 76 уд\мин. Живот безболезненный, матка в нормотонусе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 145 уд\мин. Воды целы.

.10.14 г.

Жалоб нет. Состояние - удовлетворительное. Шевеление плода ощущает хорошо. Температура 36,5. АД - 100 \70 мм рт. ст. Пульс- 80 уд\мин. Живот безболезненный, матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 142 уд\мин. Воды целы.

.10.14

Жалоб нет. Состояние - удовлетворительное. Шевеление плода ощущает хорошо. Температура 36,3. АД - 110 \70 мм рт. ст. Пульс- 72уд\ мин. Живот безболезненный, матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 уд\мин. Воды целы.

Эпикриз

Беременная ФИО поступила в отделение патологии беременности городского родильного дома 28.09.14г. в сопровождении бригады скорой медицинской помощи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей и периодические тянущие боли внизу живота и пояснице. Данная беременность первая, отягощенная угрозой прерывания беременности в I триместре беременности. В ходе объективного обследования выявлено: беременность 28 недель, 1 плод, продольное положение, головное предлежание, передний вид, угрожающие преждевременные роды. На фоне проводимой терапии состояние беременной улучшилось: выделения уменьшились, исчезли тянущие боли внизу живота и пояснице. Продолжить лечение в отделении патологии беременности.

Список литературы

Акушерство (под редакцией Г.М Савельевой.) - Москва 2000

Справочник по акушерству и гинекологии (подредакциейЛ.С.Персианино ва,И.В.Ильина) Москва.Медицина1978

Невынашивание беременности. В.М.Сидельникова Москва Медицина1986

Подпись куратора Дата 09.10.14г.

Амурская государственная медицинская академия.

Кафедра акушерства и гинекологии

Заф. Кафедрой, профессор, д.м.н Т.С Быстрицкая

Преподаватель к.м.н Мирлас Елена Михайловна