ГОУ ВПО РГМУ МЗ РФ

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

История родов

Пациентка: ФИО

Диагноз: Беременность 29-30 недель. Тазовое предлежание. Rh-сенсибилизация. ГБП

Заведующая кафедрой: Савельева Г.М.

Преподаватель: Краснова А.С.

Паспортная часть

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 35 лет (30.01.1976 г.р.)

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение: замужем, брак зарегистрирован.

Место работы: домохозяйка.

Поступила в ЦПСиР: 9 февраля 2011 г. В 12:31, в плановом порядке, в отделение патологии беременности.

Диагноз при поступлении: беременность 29-30 недель, тазовое предлежание, Rh-сенсибилизация 1:4096, ГБП, состояние после 3-х кордоцентезов и внутриутробного переливания крови.

Аллергические реакции: нет.

Анамнез

Группа крови А(II)-. Группа крови мужа А(II) +. Группа крови плода А(II)+

Рост 165,5 см.

Вес до беременности 87 кг, вес в настоящий момент 94,6 кг.

Сроки беременности:

по menses (последняя 16.07.2010) 30 нед.

по первой явке (06.01.2011 - 25 нед.) 30 нед.

по первому УЗИ (06.01.2011- 25 нед.) 30 нед.

по шевелению плода - не помнит.

Гемотрансфузии отрицает.

Гепатиты отрицает.

Наследственность: не отягощена

Общие заболевания: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ, ОРЗ, грипп, ангина, миопия легкой степени.

Муж: 35 лет, здоров.

Менструации с 13 лет, установились в течение года, цикл 30 дней, по 7 дней, умеренные, безболезненные.

Начало половой жизни с 16 лет. Брак 1.

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки (лечилась)

Беременности: 4-я беременность, роды-3.

-я беременность: в 1997 году, роды в срок, m-3820,0; 54см

-я беременность: в 2005 году, кордоцентез - один раз, роды в срок, m-3650,0; 54 см

-я беременность:в 2009 году, выкидыш на 21 неделе, ГБП, отечная форма

Течение настоящей беременности

- без особенностей- кордоцентез

.12.2010(22 неделя)до переливания Ht-15%. Hb-44г/л, после 42% ;147 г/л

.12.2010(24 неделя)до переливания Ht-15%. Hb-54г/л, после-данных нет

.01.2011(26 неделя) до переливания Ht-17,5% Hb-59 г/л, после 41,6%; 147г/л

.02.2011-(29 недель, последний раз)Ht-11.5% Hb-45г/л, после 37,5%; 135г/л

АД не повышалось, отеков нет, голова не болит

Срок родов по mensis-23/IV

Первое посещение женской консультации-6.01.2011

Срок беременности при первом посещении-25 недель( по данным обменной карты)

Мазки влагалищные на флору от 20.11 2010:

гонококки-abs

лейкоциты-1/3

эпителий-много

флора-палочки

трихомонады-abs

грибки-abs

Обследование на RW, Вич, гепатит В и С (при взятии на учет) -отрицательно.

УЗД на 2.11.2010-беременность 15-16 недель

УЗД на 11.01.2011-беременность 25-26 недель, головное предлежание.

Биохимический анализ крови за 24.11.2010

общий белок-66,0

мочевина-3,0

креатинин-73,0

билирубин общий-9,3

АЛТ-0,28

АСТ-0,17

Динамика титра антител

.11.2010-(16-17 недель)-1:2048-1:4096

.12.2010-(20-21 неделя)-1:4096

.01.2011-(26-27 недель)-1:2048-1:4096

Диагностические амниоцентрезы

.12.2010

ФЭК-

СФ-0,295

Зона-IIc

План

Плановая госпитализация в отделение патологии беременности для динамического наблюдения за состоянием матери и плода, полного клинико-лабораторного обследования. Учитывая Rh-сенсибилизацию 1:4096, показано проведение кордоцентеза и внутриутробного переливания крови. При ухудшении состояния плода по данным УЗИ, КТГ, родоразрешение операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

Настоящее состояние

Общий осмотр

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Голова не болит.

Телосложение правильное, подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. беременность тазовый предлежание кордоцентез

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые.

Отеков нет. Температура-36,7

Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет.

Щитовидная железа: мягкой консистенции, не увеличена, безболезненна при пальпации, подвижна.

Лимфатические узлы: не увеличены, безболезненны при пальпации, мягкой консистенции, подвижны, не спаяны друг с другом и с подлежащими тканями, кожа над ними не изменена.

Система органов кровообращения.

Дополнительные жалобы со стороны органов кровообращения отсутствуют. Выпячивания в области сердца нет. Видимые пульсации отсутствуют.

Пальпация. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединноключичной линии, обычной силы, ограниченный. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация не определяются. Дрожания в области сердца нет. Пальпация в области сердца безболезненная.

Аускультация. При аускультации тоны сердца ритмичные. Ч.С.С. - 76 уд. в мин. Тоны сердца обычной звучности, не расщеплены.

Исследование сосудов. Вены и артерии шеи обычного наполнения, без патологической пульсации. Пульс на a. radialis 80 уд. в мин. справа и 80 уд. в мин. слева, ритмичный, дефицита пульса нет. Пульс хорошего наполнения, напряженный, равномерный. А.Д. по методу Короткова на правом плече- 120/80, на левом плече- 120/80 мм. рт. ст.

Система органов дыхания.

Дополнительные жалобы со стороны органов дыхания отсутствуют. Форма носа не изменена, дыхание через нос свободное, отделяемое из носа отсутствует. Нормостеническая форма грудной клетки. Грудной тип дыхания. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Ч.Д.Д.- 16 в мин.

Пальпация. При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание одинаково проводится во всех отделах справа и слева.

Перкуссия легких. При сравнительной перкуссии на симметричных участках определяется ясный легочный звук.

Аускультация. Аускультативно дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки одинаковая с обеих сторон.

Система органов пищеварения.

Дополнительных жалоб со стороны органов пищеварения нет. Язык бледно-розового цвета, чистый, обычной влажности. Слизистые ротовой полости обычной окраски, влажности, чистые, геморрагий и изъязвлений нет. Зубы санированы. Живот увеличен, соответствует сроку беременности.

Система органов мочеотделения.

Дополнительных жалоб со стороны органов мочеотделения нет. Область почек без видимой патологии, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Нервная система и органы чувств.

Дополнительные жалобы со стороны нервной системы и органов чувств отсутствуют. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, ситуации. Интеллект соответствует уровню развития. Острота зрения, реакция зрачков на свет сохранена. Менингеальных симптомов нет.

Специальное акушерское исследование

Окружность живота 114 см. Окружность живота больше 100 см обычно наблюдается при многоводии, многоплодии, крупном плоде, поперечном положении плода и ожирении.

Высота стояния дна матки над лонным сочленением = 34 см - в последние 2 недели беременности эта высота равна 36-37 см, а к началу родов, когда дно матки опускается - 34 - 35 см.

Ромб Михаэлиса = 11 см x 10 см - площадка на задней поверхности крестца; верхний угол ромба составляет углубление между остистыми отростками V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня; боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошный костей, нижний - верхушке крестца. По вертикальному размеру ромба Михаэлиса можно судить о размере истинной конъюгаты.

Размеры таза:spinarum = 28 см (в норме 25 - 26 см) - расстояние между передневерхними остямми подвздошных костей. cristarum = 33 см (в норме 28 - 29 см) - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей.trochanterica = 35 см (в норме 31 - 32 см) - расстояние между большими вертелами бедренных костей.externa = 23 см (в норме 20 см)- расстояние от середины верхненаружного края симфиза до надкресцовой ямки (верхнего угла ромба Михаэлиса) в положении на боку с согнутой нижележащей ногой в коленном и тазобедренном сустава.

Индекс Соловьева = 14 см (в норме 14 см) - окружность лучезапястного сустава. Если индекс больше, можно предположить, что кости таза массивные и размеры его полости меньше, чем можно было ожидать по данным измерения большого таза. Индекс Соловьева, деленный на 10, вычитают из диагональной конъюгаты для вычисления размера истинной конъюгаты.

Приемы Леопольда:

Первый прием. Цель - определить высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне. Ладонные поверхности обеих рук располагают на матке таким образом, чтобы они плотно охватывали ее дно с прилегающими областями углов матки, а пальцы были обращены ногтевыми фалангами друг к другу. Этот прием дает возможность судить о сроке беременности( ВСДМ равна 34 см, что соответствует сроку беременности 30 недель), о положении плода (одна из крупных его частей в дне матки - значит, имеется продольное расположение) и о предлежании (в дне матки головка - значит предлежащей частью является таз).

Второй прием. Цель - определить позицию плода по месту нахождения спинки и мелких частей плода (ручек, ножек). Руки опускают на правую и левую стороны живота до уровня пупка и ниже. Бережно надавливая ладонями и пальцами обеих рук на боковые стенки матки, определяют, в какую сторону обращена спинка, которая узнается по ее широкой и изогнутой поверхности. Спинка слева-первая позиция, обращена кпереди- передний вид.

Третий прием. Цель - определить характер предлежащей части и ее отношение к малому тазу. Одной рукой охватывают предлежащую часть, после чего осторожно производят движения этой рукой вправо и влево. Тазовый конец над входом в малый таз.

Четвертый прием. Цель - определить предлежащую часть, место нахождения предлежащей части (над входом в малый таз, во входе или глубже). Исследующий становится лицом к ногам беременной и кладет руки плашмя по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук, обращенными к входу в таз, он осторожно и медленно проникает между предлежащей частью и боковыми отделами входа в таз и пальпирует доступные участки предлежащей части. На основании данных, полученных после проведения этого приема можно судить о том, что тазовый конец плода над входом в малый таз.

Влагалищное исследование

Наружные половые органы сформированы правильно.

Двуручно: шейка матки отклонена кзади, располагается в центре малого таза, длиной 2,5 см. Плотноватая.

Подлежит тазовая часть плода над входом в малый таз.

Цервикальный канал проходим для кончика пальца.

Плодный пузырь цел.

Мыс не достигается.

Экзостозов в малом тазу нет.

Выделения слизистые.

Воды целые.

Диагноз: беременность 29-30 недель. Тазовое предлежание. Rh-сенсибилизация 1:4096. ГБП. Состояние после 3-х кордоцентезов. Внутриутробное переливание крови.

Обоснование диагноза

Срок беременности (29-30 нед.) установлен на основании следующих данных:

· по дате последней менструации (срок родов = первый день последней менструации 16.07.2010 - 3 календарных месяца + 7 дней = 22.04.11 Ю 23.04.11 срок беременности - 30 недель)

· по первому шевелению, метод субъективный и может быть неточным

· по первой явке в женскую консультацию

· по данным УЗИ

· по высоте стояния дна матки (ВСДМ=34см)

· по данным наружного акушерского обследования

· по данным полученным после проведения приемов Леопольда

· по ОЖ (114см)

Этиология и патогенез

Гемолитическая болезнь (ГБ) плода и новорожденного является патологическим состоянием, возникающим в результате несовместимости крови матери и плода по некоторым антигенам, при котором происходит гемолиз эритроцитов плода под влиянием изоантител матери, проникающих через плацентарный барьер.

Чаще всего заболевание развивается в результате резус-конфликта или конфликта по системе AB0 (1 случай на 250-300 родов). Удельный вес ГБ в структуре перинатальной смертности составляет 3,5%.

Этиология и патогенез. Конфликт вследствие изосерологической несовместимости матери и плода чаще всего развивается по эритроцитарным антигенам Rh-Hr и AB0.

Изоиммунизация может явиться следствием двух основных причин:

первая, к счастью, все реже и реже встречающаяся - ятрогенная. Она связана с введением в организм женщины резус-положительной крови при проведении ей в прошлом переливаний крови или при аутогемотерапии;

вторая является основной - это плодово-материнский трансплацентарный перенос эритроцитов плода в кровоток матери во время беременности и родов.изоиммунизация - это иммунный ответ организма матери на попадание в него чужеродных для него антигенов, находящихся на мембране эритроцитов плода.антигены обнаруживаются на мембране эритроцита плода уже к 30-му дню беременности. Циркулирующие при повторной беременности анти-Б-антитела (иммуноглобулины G) проникают через плацентарный барьер, связываются с соответствующими антигенами на мембране эритроцитов, что вызывает ускоренное разрушение последних в органах ретикулоэндотелиальной системы. Массивное разрушение эритроцитов приводит к развитию анемии у плода (анемическая форма), появление которой вызывает повышение концентрации эритропоэтина в кровотоке у плода. Эритропоэтин, в свою очередь, стимулирует гемопоэз, в результате которого появляются очаги экстрамедуллярного кроветворения, в основном в печени и селезенке плода, которые существенно увеличиваются (рис. 94) Экстрамедуллярный гемопоэз характеризуется незавершенностью развития эритроцитов и появлением в циркуляции эритробластов.

Хотя непрямой билирубин, образующийся при гемолизе эритроцитов плода, интенсивно выводится через плаценту, повышение его концентрации нарушает синтез белков в печени плода, уже измененный за счет появления экстрамедуллярного гемопоэза. Следствием этого патологического процесса становится гипопротеинемия, снижение онкотического давления плазмы крови плода и портальная гипертензия. Развитие анемии у плода приводит к снижению кислородной емкости его крови. Это, в свою очередь, влечет за собой усиление анаэробного гликолиза в тканях, ацидоз, снижение буферных резервов крови, повреждение эндотелия капилляров и развитие хронической гипоксии. На фоне хронической гипоксии и ацидоза возникает компенсаторное увеличение сердечного выброса и минутного объема, приводящее к гипертрофии миокарда и постепенному развитию сердечной недостаточности, и как следствие, к повышению центрального венозного давления (ЦВД).

Повышение ЦВД затрудняет ток лимфы по магистральным лимфатическим сосудам, вызывая нарушение оттока интерстициальной жидкости и увеличение ее онкотического давления. Весь комплекс происходящих патологических процессов вызывает накопление жидкости в тканях и серозных полостях плода, что клинически проявляется развитием у него генерализованного отека (отечная форма ГБ) и при отсутствии соответствующего лечения приводит к внутриутробной гибели плода.

Понимание патофизиологии развития гемолитической болезни плода позволило разработать методы профилактики изоиммунизации Rh-отрицательных беременных женщин, методы диагностики и легения гемолитической болезни плода и новорожденного.

Всем беременным женщинам при первом же визите к врачу следует провести типирование по группе крови и Rh-фактору, а также определение антирезусных антител. При выявлении Rh-отрицательной принадлежности крови беременной, имеющей Rh-положительный фактор у мужа, показано повторное определение антирезусных антител каждые 4 недели вплоть до родов. Следует помнить о том, что резус-положительные лица могут быть гомозиготными или гетерозиготными, тогда как резус-отрицательные - только гомозиготными. Это имеет практическое значение, поскольку потомство гомозиготного резус-положительного отца и резус-отрицательной матери будет резус-положительным в 100% случаев. Если отец гетерозиготный, вероятность для плода быть резус-положительным составит только 50%.

Анамнез Rh-изоиммунизированной беременной женщины имеет большое значение в оценке риска развития тяжелых форм гемолитической болезни. Титр антител в крови беременной женщины и его динамика могут быть использованы для оценки степени тяжести гемолитической болезни. При этом границей, после которой возможно развитие клинически значимых форм гемолитической болезни плода, является титр 1: 8. При последующих беременностях величина титра Rh-антител в крови матери не имеет корреляции со степенью тяжести гемолитической болезни плода и, кроме того, отек у плода может развиться при минимальной величине титра антител -1:2.

Опыт применения ультразвукового сканирования для диагностики и определения степени тяжести гемолитической болезни плода показывает его высокую чувствительность и специфичность при развитии у плода только тяжелой - отечной формы заболевания, о чем свидетельствует определение свободной жидкости в его серозных полостях. При других формах гемолитической болезни плода чувствительность и специфичность однократного ультразвукового исследования низки. Однако ценность ультразвукового исследования может быть увеличена при динамическом наблюдении за состоянием плода одним и тем же исследователем. При этом уделяется внимание размерам печени, селезенки, толщине плаценты и эхогенности кишечника, что имеет особое значение для выявления самых начальных стадий развития отека у плода и его разрешения на фоне внутриматочного лечения. Кроме того, косвенным показателем наличия анемии у плода, не имеющего отека, может служить увеличение скорости кровотока в средней мозговой его артерии и аорте, определяемой при допплерометрии с использованием цветного допплеровского картирования. Изменение скорости кровообращения связано с формированием гипердинамического типа циркуляции у плода, формирующейся на фоне развивающейся анемии, а также обусловленным возрастанием сердечного выброса на фоне увеличения венозного возврата, являющегося следствием снижения вязкости крови. Этот критерий, оцененный в динамике, может быть использован как дополнительный маркер для определения оптимальных сроков начала инфузий и их повторов при анемической форме гемолитической болезни.

Тактика ведения беременности при Rh-изоиммунизации беременной женщины зависит от Rh-принадлежности плода.

Существует возможность определения Rh-генотипа плода при помощи молекулярно-генетических методов с использованием любых клеток плодового происхождения, что дает уникальную возможность определять тактику ведения Rh-иммунизированных женщин уже в начале беременности. Полимеразная цепная реакция имеет 100% чувствительность и специфичность при определении Rh-генотипа плода.

Амниоцентез является наиболее безопасным инвазивным вмешательством для плода в период с 14-й по 18-ю неделю беременности, так как это наилучший срок для Rh-типирования плодов у Rh-иммунизированных беременных женщин.

В настоящее время оценка степени тяжести гемолитической болезни плода базируется на инвазивных вмешательствах.

Классификация степеней тяжести гемолитической болезни плода зависит от величин гематокрита и гемоглобина его крови, полученной при кордоцентезе

Оценка степени тяжести позволяет определить тактику ведения изоиммунизированной беременности, обосновать необходимость внутриматочного лечения и оптимального времени досрочного родоразрешения.

Содержание общего белка и альбумина в плазме крови плодов по мере увеличения срока беременности при неосложненной беременности увеличивается. Концентрация альбумина с 20-й по 37-ю неделю увеличивается почти в полтора раза, достигая к концу беременности величины 35 г/л. При развитии у плодов тяжелой анемии, особенно при формировании отека, содержание альбумина в крови плода снижается, что позволило разработать новый патогенетический метод лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода с использованием препарата альбумина.

Отечная форма гемолитической болезни может развиваться уже в течение II триместра беременности, и, в этом случае, практически 100% таких плодов погибают антенатально до 30-й недели беременности. Тем не менее, даже при отечной форме плода показатели красной крови могут быть успешно корригированы. Однако при проведении переливания только отмытых эритроцитов донора, несмотря на полную нормализацию показателей крови у плода, отек разрешается после первого переливания лишь у 33% плодов. Поэтому в настоящее время разработан метод сочетанного переливания плоду отмытых эритроцитов донора и 20% раствора альбумина в соотношении 5:1. Такая терапия приводит к исчезновению выраженного отека у всех плодов. При этом происходит нормализация как показателей красной крови, так и содержания сывороточного альбумина.

Так как до настоящего времени этиопатогенетических методов лечения гемолитической болезни плода в начальной стадии развития не существует (нет убедительных данных о положительном влиянии на течение заболевания у плода каких-либо медикаментозных средств или процедур), то сегодня можно утверждать, что основным методом легения тяжелых форм гемолитигеской болезни плода является проведение ему внутриматогных переливаний отмытых эритроцитов донора в согетании с альбумином под ультразвуковым контролем.

Например, при отсутствии отека у плода после переливания наблюдается полная нормализация показателей его крови, в частности, гематокрит повышается в среднем в 1,9 раза. Даже при тяжелейшей гемолитической анемии на фоне развившегося отека у плода этот метод позволяет осуществить полную коррекцию анемии при увеличении значений гематокрита в 3 раза.

При лечении рано развившейся тяжелой формы гемолитической болезни требуются неоднократные внутрисосудистые переливания плоду, их выполнение позволяет существенно пролонгировать течение беременности на фоне удовлетворительных показателей крови плода и производить родоразрешение близко к сроку родов. При ведении подобных пациентов следует стремиться к родоразрешению при сроке беременности 36-37 недель.

Для успешного внутриматочного лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода важно своевременное обращение беременных женщин высокого риска по развитию этого заболевания в специализированный перинатальный центр.

Риск осложнений, непосредственно связанных с диагностическими вмешательствами при проведении только кордоцентеза, незначительно превышает 1%. Общие потери плодов за время беременности и раннего неонатального периода не превышают при этом популяционного уровня. При проведении длительных внутриматочных вмешательств - а именно такими являются трансфузии - риск, естественно, повышается Это связано с тремя основными причинами:

. Вмешательства проводятся на фоне исходно патологического состояния плода.

. На сердечно-сосудистую систему плода оказывается существенная нагрузка введением объемов крови, сопоставимых, а иногда и превышающих общий фетоплацентарный объем циркулирующей крови.

. Двигательная активность плода существенно затрудняет выполнение длительных внутриматочных манипуляций.

Контроль за состоянием плода во время вмешательства, во избежание перегрузки его сердечно-сосудистой системы и развития тяжелой брадикардии, проводится путем постоянного кардиомониторного наблюдения за сердечным ритмом. При появлении признаков нарушений функционального состояния плода следует уменьшать скорость трансфузии вплоть до ее полного прекращения. Это особенно важно при отечной форме гемолитической болезни, поскольку развитие отека обусловлено сердечно-сосудистой недостаточностью, формирующейся на фоне нарушения плодово-плацентарной циркуляции.

Двигательная активность плода значительно усложняет условия выполнения переливаний и может явиться причиной тяжелых повреждений сосудов пуповины и органов плода. Для обездвиживания плоду внутрисосудисто вводится миорелаксант пипекуроний (ардуан). Ардуан не оказывает влияния на частоту сердечных сокращений плода и в дозе 0,1 мг на 1 кг расчетной массы плода вызывает полное его обездвиживание в течение 40-50 минут. Обездвиживание плода позволяет сократить длительность внутриматочных вмешательств, значительно снизить частоту случаев выхода конца пункционной иглы из просвета сосуда пуповины и, следовательно, избежать трансфузии крови донора в амниотическую полость и необходимости выполнения повторных кордоцентезов в целях продолжения переливания.

Течение беременности при изосерологигеском конфликте. Течение беременности отличается большим числом осложнений, к которым относятся: невынашивание за счет увеличения частоты самопроизвольных выкидышей (13%) и преждевременных родов (до 10%), анемии, ОПГ-гестозов, кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах. Повышается число гнойно-септических заболеваний у матерей и новорожденных.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение изосерологической несовместимости крови матери и плода не проводят. К настоящему времени признаны неэффективными методы, «снижающие» степень сенсибилизации (уровень титра АТ): неспецифическая десенсибилизирующая терапия, трансплантация кожного лоскута от мужа, гемосорбция, плазмоферез.

Лечение ГБП состоит во внутрисосудистой гемотрансфузии плоду при среднетяжёлой и тёжелой анемии.

Внутриутробное переливание крови повышает уровень Hb и Ht, снижает риск развития отёчной формы ГБП и позволяет пролонгировать беременность. Кроме того, переливание плоду отмытых эритроцитов способствует ослаблению иммунного ответа организма беременной за счёт снижения относительного количества резус- положительных эритроцитов и поддержанию Ht плода на уровне выше критического.

Для внутрисосудистой гемотрансфузии проводят кордоцентез и осуществляют забор крови плода для определения предтрансфузионного Ht плода. После получения пробы плодовой крови рассчитывают необходимый объем трансфузии с учётом уровней Ht плода, донорской крови и срока беременности. Для внутриутробного переливания крови используют эритроцитную массу (отмытые эритроциты 0(I) группы резус-отрицательной крови), скорость введения не должна превышать 1-2 мл/мин. С целью оптимизации условий проведения трансфузии возможно проведение миорелаксации плода введением раствора ардуана; для борьбы с отёчным синдромом гемотрансфузию сочетают с переливанием 20% раствора альбумина.

По окончании гемотрансфузии производят контрольный забор крови плода для определения посттрансфузионного Ht и Hb с целью оценки эффективности процедуры.

Необходимость повторных гемотрансфузий определяется сроком беременности. При решении вопроса о сроках проведения повторных гемотрансфузий учитывают показатели максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода.

Внутриутробные переливания крови могут проводиться неоднократно до 32-34 нед беременности, после этого гестационного возраста решают вопрос о досрочном родоразрешении.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Способ родоразрешения беременных с резус-сенсибилизацией зависит от состояния плода, срока беременности, паритета и подготовленности родовых путей.

При отсутствии клинических признаков тяжёлой формы заболевания плода, сроке беременности, близком к доношенному (свыше 36 нед), и зрелой шейке матки роды ведут через естественные родовые пути. Если заболевание плода расценивают как тяжёлое, то предпочтительнее оперативное родоразрешение, так как КС позволяет избежать дополнительной травматизации больного плода во время родов.

План обследования

Обследование, проведение кордоцентеза и переливания крови. При ухудшении состояния плода, учитывая срок гестации, показано экстренное оперативное родоразрешение.

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови

Коагулограмма

Анализ мочи. Вич,HBs. HCl

Определение группы крови, резус-фактор

КТГ

УЗИ

Анализ крови на АТ

Дневник

.02.2011.

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Голова не болит. Зрение ясное. Пульс 72’. АД 110/70. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140-160 уд/мин. Матка в нормальном тонусе, невозбудима при пальпации, безболезненна. Шевеление плода ощущает хорошо. Воды целы. Выделения светлые, слизистые.

Физиологические отправления в норме.

Операция 10.02.2011

Трансабдоминальный кордоцентез, внутриутробное переливание эритроцитной массы обедненной лейкоцитами и тромбоцитами (ЭМОЛТ )

Показания: III ВПК (3 недели)

Срок гестации: 30 недель

ПМП: 1700

Ход операции.

В асептических условиях, под местным обезболиванием Sol. Novocaini 0.25 %-10 мл и ультразвуковым контролем произведен прокол передней брюшной стенки и стенки матки. Пункционная игла подведена к свободной петле пуповины и произведена ее пункция. Получено 1,0 плодовой крови. Показатели Ht-11.5% Hb-45 г/л ( нормы для гестационного срока Ht-39% Hb-129 г/л)

По формуле V=( Ht3-Ht1/Ht2)\*ПМП\*V1 был рассчитан необходимый объем трансфузии (V)

С учетом уровней предоперационного гематокрита плода(Ht1), гематокрита донорской крови(Ht2), нормального уровня гематокрита для данного гестационного возраста плода(Ht3), предполагаемой массы плода( ПМП), а так же ОЦК плода (V1) для данного срока беременности V=(39-11/64)\*1700\*200, который составил 149 мл, ЭМОЛТ.

С целью обездвиживания плода в сосуд пуповины введен ардуан из расчета 0,025 мг/кг. Начато внутриутробное переливание ЭМОЛТ, которое прошло в полном объеме.

Показатели Ht-37,5% Hb-135г/л после переливания.

Игла удалена. Кровотечения из сосудов пуповины нет. Сердцебиение плода-140 ударов в минуту.

Назначение: 1. Постельный режим в течении 2 часов.

. КТГ-контроль.

. Наблюдение дежурного врача.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Пульс 75 ударов в минуту, ритмичный. АД 120/80. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Шевеление ощущается хорошо. Воды целы.

Диагноз: беременность 30 недель. Rh-сенсибилизация 1:2048-1:4096.ГБП. Состояние после 4-х кордоцентезов, внутриутробного переливания крови.

План: на данном этапе следить за состоянием плода (КТГ,УЗИ). Принятые меры направлены на пролонгирование беременности. При ухудшении состояния плода родоразрешение путем операции кесарево сечения. Вопрос о сроке планового родоразрешения решить в зависимости от состояния плода.

Протокол ультразвукового обследования.

Число плодов-1

Предлежание - головное.

Фетометрия (мм):

БПР-80

ОГ-297

ОЖ-279

ДБ-61

(32-33 недели)

Гестационный возраст-30 недель.

Масса плода-1800-1900

Анатомия плода:

Лицо-N

Почки-N

Сердце-с/б+, ритм правильный, сердце четырехкамерное.

Плацента:

Локализация - задняя стенка

Толщина - 44 см

Степень зрелости - 1

Околоплодные воды - несколько выше нормы.

Дополнительные исследования: печень 46,5 V max в СМА 49,9. У плода отмечается: в брюшной полости прослойка жидкости 2, 5 мм.

Заключение: беременность 30 недель. Головное предлежание. ГБП.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Голова не болит. Зрение ясное. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70. Матка в нормотонусе, невозбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах. Положение плода продольное. Предлежание тазовое. Шевеление плода ощущается хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды целы. Выделения слизистые, светлые. Отеков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Голова не болит, зрение ясное. Пульс 70 ударов в минуту. АД 110/70. Матка в нормотонусе, не возбудима, безболезненна при пальпации. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Шевеление плода ощущается хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды целы, выделения светлые, слизистые. Отеков нет, мочеиспускание свободное, стул регулярный.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб активно не предъявляет. Голова не болит. Зрение ясное. Пульс 74 удара в минуту АД 110/70. Матка не возбудима, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, головное. Головка плода над входом в малый таз. Шевеление плода ощущается хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды целы, отеков нет. Мочеиспускание свободное, стул регулярный.

Протокол ультразвукового обследования.

Число плодов - 1

Предлежание - головное

Фетометрия - соответствует 30 неделям

Сердце-с/б +

Локализация плаценты - задняя стенка

Степень зрелости - 1

Дополнительные исследования: печень 46,5, V max в СМА 60. У плода отмечается прослойка жидкости в брюшной полости 2 мм

Заключение: беременность 30-31 неделя. Головное предлежание. ГБП.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб активно не предъявляет. Голова не болит. Зрение ясное. Пульс 76 ударов в минуту АД 110/70. Матка не возбудима, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, головное. Головка плода над входом в малый таз. Шевеление плода ощущается хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды целы, отеков нет. Мочеиспускание свободное, стул регулярный.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Голова не болит, зрение ясное.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые .Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70. Живот мягкий, не вздут, безболезненный во всех отделах. Матка овоидной формы, увеличена соответственно 30-31 неделе беременности, невозбудима при пальпации, в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежание тазовое. Шевеление плода ощущается хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 ударов в минуту. Воды целы. Выделения из половых путей слизистые. Отеков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащенное. Стул регулярный.

Диагноз: беременность 30-31 неделя. Тазовое предлежание плода.Rh-сенсибилизация 1:4096. ГБП. Состояние после 4-х кордоцентезов, внутриутробного переливания крови.

План: продолжить клинико-лабораторное обследование, динамическое наблюдение за состоянием матери и плода ( УЗИ, КТГ, доплерометрия). При ухудшении состояния плода ( по данным УЗИ, КТГ) родоразрешить оперативным путем в экстренном порядке.

Протокол ультразвукового обследования.

Число плодов-1

Предлежание - тазовое.

Фетометрия (мм):

БПР-84 (33-34 неделя)

ОГ-297 (32-33 неделя)

ОЖ-276 (31-32 неделя)

ДБ-62 (32 недели)

Гестационный возраст-30 недель

Вес плода-1800-1900

Анатомия плода:

Сердце-с/б +, ритм правильный, четырехкамерное.

Пуповина-3 сосуда.

Плацента:

Локализация - задняя стенка.

Толщина - 39 мм

Степень зрелости - 1

Околоплодные воды - N

Дополнительные исследования: печень-47,V max в СМА 55

Особенности-18/II печень 50,( 31 неделя) V max в СМА 56. Воды в N

Заключение: беременность 30-31 неделя по mensis. Тазовое предлежание. ГБП.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб активно не предъявляет. Голова не болит. Зрение ясное. Пульс 76 ударов в минуту АД 110/70. Матка не возбудима, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, головное. Головка плода над входом в малый таз. Шевеление плода ощущается хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды целы, отеков нет. Мочеиспускание свободное, стул регулярный.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб активно не предъявляет. Голова не болит. Зрение ясное. Пульс 76 ударов в минуту АД 110/70. Матка не возбудима, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, головное. Головка плода над входом в малый таз. Шевеление плода ощущается хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды целы, отеков нет. Мочеиспускание свободное, стул регулярный.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб активно не предъявляет. Голова не болит. Зрение ясное. Пульс 76 ударов в минуту АД 110/70. Матка не возбудима, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, головное. Головка плода над входом в малый таз. Шевеление плода ощущается хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды целы, отеков нет. Мочеиспускание свободное, стул регулярный.

.02.2011

Состояние удовлетворительное. Жалоб активно не предъявляет. Голова не болит. Зрение ясное. Пульс 76 ударов в минуту АД 110/70. Матка не возбудима, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, головное. Головка плода над входом в малый таз. Шевеление плода ощущается хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды целы, отеков нет. Мочеиспускание свободное, стул регулярный.

Лабораторные исследования

Показатели свертывания крови: повышение уровня фибриногена-8,25

Биохимический анализ крови

Общий белок-63(66-83г/л)

Мочевина-2,2(1,7-8,3мМ/л)

Креатинин-67(55-80mМ/л)

Билирубин общий-9,6(до 20,5 mМ/л)

АЛТ-11(9-37Ел)

АСТ-15(10-31Ел)

Глюкоза-5,9(3,9-6,4мМ/л)

Общий анализ крови в норме.

Общий анализ мочи от 10.02.2011

Цвет - желтый

Прозрачность- прозрачность

Относительная плотность-1022,0(1018,0-1030,0)

Реакция-5,0

Белок - abs

Глюкоза (моча) - abs

Эпителий плоский - не много

Лейкоциты-1-3

Назначения

Но-шпа, по 1 таб. 2 раза в день

Валерьяна, по 2 драже 3 раза в день

Вазелиновое масло, по 1 столовой ложке 1 раз в день

Эпикриз

ФИО в плановом порядке поступила в ЦПСиР 9 февраля 2011 года в 12.31 в отделение патологии беременности по направлению с диагнозом: беременность 29-30 недель. Rh-сенсибилизация 1:4096. Тазовое предлежание. ГБП.

При поступлении жалоб не предъявляла.

В отделении были проведены лабораторные анализы, кордоцентез и внутриутробное переливание крови. Ультразвуковое обследование.

На основании проведенного обследования поставлен диагноз: беременность 30-31 неделя. Rh-сенсибилизация. Тазовое предлежание. ГБП.

Рекомендации: пребывание в отделении патологии беременности для мониторинга состояния матери и плода. В случае ухудшения состояния плода показано оперативное родоразрешение в экстренном порядке.