## Паспортная часть

1.ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст: 23 года (7.05.04)

3. Профессия: домохозяйка

4. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата и час поступления: 2 мая 2004 года, 23:50

6. Дата и час начала курации: 12.04.05, 12:00

7. Жалобы на момент поступления: на тянущие боли внизу живота, повышенный тонус матки

8. Жалобы на момент курации: нет

## Анамнез

*Наследственность* не отягощена. Сахарным диабетом, туберкулезом, онкологическими

заболеваниями, пороками развития никто из ближайших родственников не

страдает. Кровнородственных браков в семье нет.

*Аллергоанамнез*: на папаверин (тошнота, рвота), гемотрансфузию отрицает.

*Эпиданамнез*: не отягощен.

*Перенесенные заболевания*: тонзилэктомия (2003 год), левосторонний пиелонефрит (на

15нед бер), кефосколиоз II ст.

*Менструальная функция*: с 16 лет, установлена, по 5 дней, через 24-25, безболезненна,

умеренный характер кров. выделений.

*Половая жизнь*: с 20 лет, I брак. Муж: 24года, здоров (курит), группа крови AII, Rh (-).

*Гинекологические заболевания*: хронический аднексит, спаечный процесс.

*Предыдущая беременность*: 1 настоящая.

*Течение и осложнения настоящей беременности*:

-последняя менструация: 18.11.03,

-течение I половины беременности: Обострение хр.пиелонефрита на 15 нед бер.

( стационарное лечение в 7ГКБ) – лечение

ампициллин в/м, фурациллин, цистон,

нистатин.

Прибавка веса 3.5 кг

-дата первого шевеления плода: на 20нед

-группа крови, резус: В (III), резус +

-на учет в женскую консультацию встала на 6-ой неделе беременности, посещала

ее с периодичностью раз в неделю.

### Объективное исследование

## Общее исследование

*Общее состояние* удовлетворительное, температура тела 36.7С, телосложение правильное

Рост 175 см, вес 58.5кг. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски,

бледные, чистые, сыпи нет, подкожно-жировой слой развит слабо. Отеков нет.

*Органы дыхания*: дыхание везикулярное, хрипов нет

*Органы кровообращения*: тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 78уд/мин,

АД на правой руке 110/70

на левой руке 110/70

*Органы пищеварения*: язык влажный, чистый, стул нормальный.

*Мочеполовая система*: симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

*Нервная система и органы чувств*: сознание ясное. Пациентка адекватна, контактна, на

вопросы отвечает правильно. В месте, времени, себе ориентирована. Менингеальные

симптомы отсутствуют, очаговой симптоматики нет. Зрение ясное.

**Специальное акушерское исследование**

*Размеры таза*:

Distantia spinarum –25см, это расстояние между передневерхними остями подвздошных

костей. При измерении пуговки тазомера прижимают к

наружным краям передневерхних остей. В N 25-26 см.

Distantia cristarum –27см, это расстояние между наиболее отдаленными точками гребней

подвздошных костей. После измерения Distantia spinarum

пуговки тазомера передвигают с остей по наружнему краю

гребня подвздошных костей до тех пор, пока не определят

наибольшее расстояние, это расстояние и есть Distantia cristarum.

В N 28-29 см.

Distantia trohanterica –29см, это расстояние между большими вертелами бедренных костей.

При измерении отыскивают наиболее выдающиеся точки

больших вертелов и прижимают к ним пуговки тазомера. В N

31-32 см.

Conjugata externa –20см, при измерении женщину укладывают на набок, нижележащую

ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах,

вышележащую вытягивают. Пуговки одной ветви тазомера

устанавливают на середине верхненаружнего края симфиза

другой конец прижимают к надкрестцовой ямке, которая

находится между остистым отростком V поясничного позвонка

и началом среднего крестцового гребня. В N 20-21 см

*Индекс Соловьева*: 12/11, измерение сантиметровой лентой окружности лучезапястного

сустава, по его значению можно судить о толщине костей таза.

Средняя величина равна 14см.

*Ромб Михаэлиса:*  11/11 - это площадка на задней поверхности крестца: верхний угол

ромба составляет углубление между остистыми отростками V

поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня; боковые

углы соответствуют задневнрхним остям подвздошных костей, нижний

– верхушке крестца. В N 11/11-12/12.

*Высота стояния дна матки над лоном*: 23 см, она определяется сантиметровой лентой в

положении лежа.

*Окружность живота*: 84см, наибольшую его окружность определяют на уровне пупка.

*Предполагаемый вес плода*: определяется произведением высоты стояния дна матки и

окружности живота. В данном случае: 84х23=1932 (г)

*Наружнее акушерское исследование (приемы Леопольда)*:

Первый прием: 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. По результатам нашего обследования можно сказать, что

ребенок имеет продольное положение и головное предлежание.

Второй прием: руки спускают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня

пука и ниже. Бережно надавливая ладонями и пальцами обеих рук на

боковые стенки матки, определяют, в какую сторону обращены спинка

и мелкие части плода. Спинка при этом распознается по ее широкой и

изогнутой поверхности. При надавливании на крупную часть,

находящуюся в дне матки, в сторону лона туловище плода сгибается,

вследствие чего спинка становится более доступной для исследования.

Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде

мелких, подвижных бугорков. При данном исследовании определяют

позицию плода. в нашем случае спинка плода отклонена вправо, что

соответствует второй позиции. Спинкой плод находится кпереди, что

соответствует переднему виду.

Третий прием: одной, обычно, правой рукой, охватывают предлежащую часть, после

чего осторожно производят движения этой рукой вправо и влево. Этот

прием позволяет определить характер предлежащей части (головка или

ягодицы), отношение предлежащей части ко входу в малый таз. В

нашем случае предлежащей частью является голова, она подвижна, то

есть находится над входом в малый таз.

Четвертый прием: исследующий становится лицом к ногам беременной и кладет руки

плашмя по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих

рук обращенными ко входу в малый таз, он осторожно и бережно

проникает между предлежащей частью и боковыми отделами входа

в таз и пальпирует доступные участки предлежащей части. При

этом также определяют наличие или отсутствие симптома

баллотирования, характерного для головки. Для этого кисти обеих

исследующих рук плотно прижимают ладонными поверхностями к

боковым отделам головки. При этом головка отталкивается влево и

передает толчок противоположной – левой руке ( простое

баллотирование). После этого, быстро возвращаясь в исходное

положение, головка сообщает иногда толчок правой руке (двойное

баллотирование).

*Сердцебиение плода*: ясные, ритмичные, 140 уд/мин, выслушиваются ниже уровня пупка

*Данные осмотра наружных половых органов*: сформированы правильно.

*Влагалищное исследование*: Двуручно: шейка матки резко отклонена кзади, длинно 2.5см. Наружный зев закрыт, плодный пузырь цел. Головка плода предлежит над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения слизистые. Воды целы.

**Лабораторные данные и заключение консультанта**

*Исследование крови на гормоны (12.05.04):* ДГА SO4 - 2.77мкмоль/л (0.5-3.1)

*Исследование крови на резус-принадлежость и резус-АТ :*

BIII, Rh(+), резус-АТ не обнаружены

*Исследование мочи (5.05.04)*

Цвет: соломенный

Уд. вес: 1020

Белок: abs

Сахар: abs

Прозрачность: неполная

Реакция: 5

Эпителий:

-переходный

-плоский незначительное количество

Лейкоциты: 2-3 в поле зрения

Заключение: кислая реакция, незначительное количество плоского эпителия, неполная прозрачность мочи.

*Показания свертывающей системы (5.05.04)*

Результат Норма Единицы

Активированное частое

тромбопластиновое время 26.6 25-37 сек

Протромбиновое время 117 70-120 %

Тромбиновое время 11.3 < 21 сек

Фибриноген плазмы 5.3 2-4 г/л

(2-я пол бер-6-8)

#### Заключение: патологии не выявлено.

*Общий анализ крови (5.05.04)*

WBC 9.9 103/mm3  (3.5-10.0)

RBC 4.04 106/mm3 (3.8-5.8)

HGB 12.0 g/dl (11.0-16.5)

HCT 34.0 % (35.0-50.0)

PLT 326 103/mm3 (150-390)

PCT .308 % (.100-.500)

MCV 84 цm3 (80-97)

MCH 29.6 pg (26.5-33.5)

MCHC 35.2 g/dl (31.5-35.0)

RDW 14.4 % (10.0-15.0)

MPV 9.4 цm3 (6.5-11.0)

PDW 14.7 % (10.0-18.0)

Палочкоядерные 1

Сегментоядерные 70

Эозинофилы 1

Лимфоциты 19

Моноциты 9

СОЭ 19

Заключение: понижение гематокрита , незначительное повышение MCHC.

*Биохимический анализ крови (5.05.04)*

Общ. белок г/л 65 (66-83)

Мочевина ммоль/л 2.4 (1.7-8.3)

Креатинин мкмоль/л 57 (55-80)

ALAT ед/л 29 (9-37)

ASAT ед/л 29 (10-31)

Билир. общ. мкмоль/л 6.1 (до 20.5)

Глюкоза ммоль/л 4.0 (3.9-5.8)

Заключение: незначительное снижение общего белка

#### *Протокол Ультразвукового исследования (7.05.04):*

Число плодов - один

Предлежание – не устойчивое

Фетометрия (мм)

БПР 61 соответст-

ОГ 219 вует

ОЖ 179 24

ДБ 45 неделям

Гестационный возраст – 24 недели

Масса плода – 640г

Анатомия плода:

головной мозг N

позвоночник N

лицо N

конечности N

пол N

диафрагма N

сердце c/б +, 4-х камерное сердце

желудок N

передняя брюшная стенка N

почки N

Плацента:

локализация: по передней

толщина: 24мм

степень зрелости: 0

Околоплодные воды: норма

Дополнительные исследования:

шейка матки 48-38мм. Внутренний зев 3.8мм, цервикальный канал щелевидный.

Заключение: беременность 24 недели, угроза прерывания беременности.

*Отделяемое мочеполовых органов и прямой кишки:*

Шейка матки Мочеполовой канал, влагалище

Эпителий много много

Лейкоциты 2-3 1-3

Эритроциты - -

Микрофлора палочки умеренно палочки умеренно

Трихоманады отмечается кокковая флора

Гонококки Zoor!

### Диагноз и его обоснование

Данная пациентка беременна, что подтверждается достоверными признаками, к которым относится:

1. пальпирующиеся части плода. В данном случае уже определяются головка, спинка и мелкие части. Положение плода продольное, головное предлежание, вторая позиция, передний вид.
2. ясно слышимые сердечные тоны плода. С помощью акушерского стетоскопа удается установить частоту сердечных сокращений – 140 уд/мин
3. движения плода ощущаемые врачом при обследовании беременной. В нашем случае первые движения появились на 20 нед. Беременности.
4. наиболее достоверную информацию дает ультразвуковое исследование

+ анамнестическими данными : дата последней менструации 18.11.03 (то есть сейчас 24 неделя беременности).

В ЦПСР поступила с диагнозом угроза прерывания беременности, вследствие жалоб на тянущие боли внизу живота, повышенный тонус матки. Данные УЗ исследования подтверждают предполагаемый при поступлении диагноз. Предполагаемый срок родов по последней менструации 25августа.

**Этиология и патогенез**

Причиной данного осложнения беременности у больной служит, вероятнее всего инфекция половых и хроническая инфекция мочеполовых путей. У больной имеется хронический сальпингит, что считается одним из этиологических моментов в возникновении угрозы прерывания беременности, и хронический пиелонефрит. Кроме того, целесообразно обследовать женщину на наличие группы генитальных инфекций (герпес, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, хламидиоз), которые вызывают данную акушерскую патологию в значительном числе случаев.

**План ведения**

1.Назначение максимально щадящего лечебно-охранительного режима.

Целесообразно положение в кровати с приподнятым ножным концом. Это связано

с тем, что предлежащая часть плода механически воздействует на нижний

сегмент матки, раздражая рецепторы, что способствует рефлекторному

повышению тонуса и сократимости матки. При этом возникает повышенная

опасность преждевременного (дородового) излития околоплодных вод, что

приведет к необходимости досрочного родоразрешения при незрелом плоде.

Положение беременной с приподнятыми ногами позволяет уменьшить давление

предлежащей части плода на нижний сегмент матки и снизить рефлекторное

раздражение и сократимость матки.

2.Медикаментозная терапия угрозы преждевременных родов:

седативные средства: валериана 2л по 3раза в день

в/в капельно Sol MgSO4 25% -20.0, Sol NaCI 0.9 – 400.0

антагонисты кальция: финоптин 1/0 по 3раза в день

в-адреномиметики: гинипрал ½ по 4раза в день

### Дневник

12.05.04 Состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Зрение ясное, голова не болит. Пульс 78, АД 110/70. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Матка при пальпации в нормотонусе, не возбудима, безболезненна во всех отделах, имеет четкие контуры, патологических выбуханий нет. Шевеление плода ощущает. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 ударов в минуту. Воды не изливались, выделения из половых путей слизистые. Физиологические отправления в норме.

13.05.04 Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Зрение ясное, голова не болит. Пульс 78, АД 110/70. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Шевеление плода ощущает. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 ударов в минуту. Матка при пальпации в нормотонусе, не возбудима, безболезненна во всех отделах, имеет четкие контуры, патологических выбуханий нет. Воды не изливались, выделения из половых путей слизистые. Физиологические отправления в норме.

14.05.04 Состояние пациентки без ухудшения динамики, удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Зрение ясное, голова не болит. Пульс 78, АД 110/70. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Матка при пальпации в нормотонусе, не возбудима, безболезненна во всех отделах, имеет четкие контуры, патологических выбуханий нет. Шевеление плода ощущает. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 ударов в минуту. Воды не изливались, выделения из половых путей слизистые. Физиологические отправления в норме.

### Эпикриз

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 23лет, поступила в отделении патологии беременных ЦПСР с жалобами на тянущие боли внизу живота, повышенный тонус матки. Диагноз при поступлении: 24 неделя беременности, угроза прерывания беременности . Было проведено лечение, направленное на сохранение беременности ( финоптин 1/0 3раза в день, гинипрал ½ по 4раза в день, валериана 2ложки по 3раза в день, в/в капельно: Sol MgSO4 25% -20.0, Sol NaCI 0.9 – 400.0) , с положительным эффектом. По данным клинико-лабораторного исследования, УЗ можно сделать заключение о том, что данная пациентка находится на 24 неделе беременности, угроза прерывания беременности. На момент курации отмечается улучшенное состояние матери и плода, планируется дальнейшее проведение ранее текущей терапии.

### РЕФЕРАТ

## Угроза выкидыша

Признаки: тянущие боли внизу живота, возможно со спазмами, тяжесть внизу живота, кровяные выделения.

Наиболее частым осложнением течения беременности является угроза прерывания и недонашивание -- одна из основных причин перенатальной заболеваемости и смертности. К основным причинам угрозы прерывания беременности и не вынашивания относятся:

1)инфекционные заболевания матери(заболевание краснухой и другими инфекциями);  
2) осложнения, связанные с беременностью;  
3) травматические повреждения;  
4) изосерологическая несовместимость крови матери и плода;  
5) аномалии развития женской половой сферы;  
6) нейроэндокринная патология;  
7) различные неинфекционные заболевания матери;  
8) хромосомные аномалии.

Существуют генетические причины не вынашивания беременности. При наличии хромосомных аберраций эмбриона развивается угроза прерывания на ранних стадиях развития беременности. Самопроизвольный выкидыш в данном случае может рассматриваться как приспособление, выработанное в процессе эволюции, в результате чего рождение детей с уродствами встречается достаточно редко. Из эндокринных причин не вынашивания выделяют гипофункцию яичников, гиперандогению различного генеза (надпочечникового, яичникового генеза), нарушение функции щитовидной железы. Среди причин не вынашивания одно из первых мест занимают инфекционные заболевания матери. Это, прежде всего, латентно протекающие инфекционные заболевания, такие, как хронический тонзилит, инфекция мочевыводящих органов, листериоз, токсоплазмоз, микоплазменная инфекция, хронические воспалительные заболевания половых органов и вирусные инфекции. При рассмотрении иммунологических аспектов не вынашивания беременности плод может рассматриваться как аллотрансплантат в организме матери, поскольку он несет генетически чужеродные (отцовские) антигены. Наличие у плода широкого спектра антигенов приводит в действие систему "иммунологического надзора" и способствует развитию множества разнотипных иммунологических реакций, направленных на поддержание иммунологического равновесия. При определенных условиях возникает иммунологический конфликт в системе мать -- плацента -- плод, приводящий к возникновению угрозы прерывания беременности и самопроизвольному выкидышу.

Среди пороков развития матки, как причины не вынашивания беременности, наиболее часто встречаются: двурогая, седловидная, однорогая матка, внутриматочная перегородка, удвоение матки, рудиментарная матка.

К причинам, способствующим возникновению не вынашивания беременности, также относят генитальный инфантилизм, истмико-цервикальную недостаточность, миому матки и экстрагенитальные заболевания матери.

Течение беременности также осложняет наличие у матери экстрагенитальной патологии.

Группа повышенного риска по не вынашиванию составляют в первую очередь женщины с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, гипертонической болезнью, хроническими заболеваниями почек, сахарным диабетом, анемией.

Преждевременному прерыванию беременности у таких женщин способствуют значительные изменения в организме: гипоксия, нарушение обменных процессов и осложнения беременности, которые сопутствуют экстрагенитальной патологии (токсикоз второй половины беременности, фетоплацентарная недостаточность).

**Статистика:** Угроза прерывания беременности в I-ом и II-ом триместрах беременности проявляется “болями”, “кровянистыми выделениями” и “болями и кровянистыми выделениями” и является неблагоприятным прогностическим признаком не только для вынашивания беременности, но и для развития токсикозов II-ой половины беременности и многоводия преимущественно в клинической группе “боли” и “боли и кровянистые выделения” (II-ой триместр), предлежания плаценты (“боли и кровянистые выделения”), неправильных положений и предлежаний плода (“боли и кровянистые выделения”), что дает возможность предвидеть эти осложнения, провести их профилактику и назначить своевременную и адекватную терапию.

**Чем опасно для ребенка**

Может произойти выкидыш. Если беременность удается сохранить, то необходимо тщательное наблюдение за развитием плода, так как угроза прерывания беременности на ранних сроках часто сопровождает какие-либо пороки развития.

**Обследование**

1. УЗИ c целью определить состояние плода, тонус матки, состояние шейки матки.
2. Анализ крови на половые гормоны: прогестерон, тестостерон, анализ мочи на 17-КС.
3. Анализ крови на гормоны щитовидной железы (по рекомендации врача).
4. Анализ крови на внутриутробную инфекцию (краснуха, токсоплазмоз, герпес, цитомегалия).
5. Анализ крови и мазок на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы.
6. Анализ крови на волчаночный антикоагулянт (ВА) и антитела к хорионическому гонадотропину (анти-ХГЧ).

**Для справки**: Самопроизвольное прерывание беременности представляет собой серьезную проблему в акушерстве и гинекологии. До 15% беременностей завершается самопроизвольным прерыванием на различных сроках. Возрастает число женщин, страдающих привычным невынашиванием беременности.  
 К сожалению, до сих пор медики не располагают надежными методами ранней диагностики угрозы прерывания беременности. В клинической практике широко используется определение концентрации такого биохимического маркера, как ХГч (хорионический гонадотропин человека). Измерение концентрации ХГч в сыворотке крови весьма информативно для диагностики ранних пороков развития плода, однако при диагностике угрозы выкидыша этот анализ менее информативен. Достоверное снижение концентрации ХГч наблюдается практически перед самым прерыванием беременности, в этом случае зачастую уже поздно применять профилактические меры.  
 Группа австрийских ученых под руководством Stephen Tong показала, что в качестве маркера для ранней диагностики угрозы прерывания беременности можно использовать белок MIC1 (macrophage inhibitory cytikine 1). Результаты исследования опубликованы в журнале Lancet (Tong, S. et al. Serum concentrations of macrophage inhibitory cytokine 1 (MIC1) as a predictor of miscarriage. Lancet (2004), 363, p.129-130 ). При исследовании образцов крови 300 пациенток на 6-13 неделе беременности, из которых у 200 беременность протекала нормально, а у 100 завершилась самопроизвольным прерыванием, было показано, что резкое, до 70%, снижение концентрации MIC1 наблюдалось еще за 3 недели до прерывания беременности.   
 Функция MIC1 в процессе беременности пока не изучена. Этот белок относится к группе цитокинов, принимающих участие в регуляции иммунного ответа. Возможно, его роль заключается в «торможении» иммуной системы матери, для того, чтобы предотвратить отторжение эмбриона. Ранее уже было показано, что у женщин, страдающих привычным невынашиванием беременности, баланс цитокинов нарушен.  
Если диагностическая ценность данного маркера будет подтверждена, следует ожидать разработки тест-систем для его количественного определения. Однако, создание лекарственных средств, позволяющих нормализовать уровень MIC1 и предотвратить угрозу прерывания беременности, пока представляется делом достаточно отдаленного будущего.

**Лечение**

Лечение проводится только по назначению врача с учетом результатов обследования. Если боли незначительные, нет кровяных выделений, и раньше у вас не было выкидышей, можно проводить лечение дома. Создайте себе максимум комфорта, пусть окружающие вам в этом помогут. Воздержитесь на некоторое время от половой жизни.

Обычно лечение включат прием каких-либо успокаивающих препаратов, витаминов, спазмолитиков и, при необходимости, гормонов. Если же появляются кровяные выделения, интенсивные боли внизу живота или у вас уже были выкидыши раньше, нужно немедленно вызвать Скорую помощь или самостоятельно обратиться в больницу.

# Литература.

1. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., и соавт. Плацентарная недостаточность.- М.- “Медицина”- 1991.- с.270.
2. Стрижаков А.Н., Михайленко Е.Т., Бунин А.Т. и соавт. Задержка развития плода.- Киев “Здоров’я”.- 1988.- с.182.
3. Журнал Lancet (Tong, S. et al. Serum concentrations of macrophage inhibitory cytokine 1 (MIC1) as a predictor of miscarriage. Lancet (2004), 363, p.129-130 )