**Жалобы при поступлении**

На момент начала курации жалоб нет.

Жалобы при поступлении: на периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота, продолжительностью до 10 минут.

**Анамнез жизни:**

Родилась 06.09.1988 года в Санкт-Петербурге. Условия жизни в детстве удовлетворительные, росла и развивалась нормально, в физическом и психическом развитии от сверстников не отставала.

**Образование**: Закончила 11 классов средней школы. Работает уборщицей.

**Семейное положение:** замужем. Живет в отдельной 2х комнатной квартире с мужем . Характер питания регулярный, полноценный.

**Перенесенные заболевания**: Краснуха ,ветряная оспа,хр. тонзилит, хр.бронхит ОРВИ.

**Аллергологический анамнез**: Бытовую, эпидермальную, пищевую сенсибилизации, непереносимость лекарственных средств отрицает

**Наследственность**: не отягощена

**Хронические интоксикации:** Курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических средств отрицает.

**Эпиданамнез:**

Туберкулез, гепатит А,В,С, венерические заболевания, малярию отрицает.

За последний месяц контакта с инфекционными больными не было.

За последние полгода за пределы Санкт-Петербурга и Ленинградской области не выезжала. Гемотрансфузии отрицает. Взятие крови на анализ трижды проводилось в женской консультации. Стоматолога посетила в октябре. Флюорография в 2013 году без патологии.

**Гинекологический анамнез:**

Менструации начались с 15 лет, установились через 2 года. Цикл 30 дней, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные, регулярные.

Последняя менструация 25.02.2014

Начало половой жизни в 14 лет. Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки.. Метод контрацепции: барьерный.

**Акушерский анамнез:**

Настоящая беременность - вторая.

I - 2013 г – самопроизвольный аборт в 6 недель, без осложнений

II –2014 гг - настоящая

**Течение настоящей беременности.**

Последние менструации 28.08. - 01.09.2013 год.

В женской консультации наблюдается с 13.05.2014 год (12\13 недели), посетила консультацию раз 5. АД до беременности 110/70. На протяжении беременности АД 110/70 – 110/60 – 115/70-120/70 мм рт. ст.

Исходная масса тела 53 кг. Общая прибавка массы тела 5,5 кг за беременность неравномерная.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Дата посещения ж/к | Срок беременности | Вес беременной (кг.) | Прибавка | АДмм рт. ст. | Анализы мочи |
| 13.05.2014 | 12/13 нед. | 53,0 |  | 115/70 |  – белок 0г/л, глюкоза 0 ммоль/л , эритроциты 0  |
| 31.05.2014 | 14/15 нед. | 54,0 | +1,0 кг. За 18 дней | 110/60 |  – белок 0г/л, глюкоза 0 ммоль/л  |
| 15.06.2014 | 16/17 нед. | 54,0 | +0,0 кг. За 2 недели. | 95/60 |  |
| 05.07.2014 | 18 нед. | 54,5 | -0,5 кг. за 20 дней | 115/60 |  – белок 0г/л, глюкоза 0 ммоль/л , лейкоциты 4-6-8, эритроциты 0 |
| 22.08.2014 | 25 нед. | 68,5 | +0,8 кг. за 10 дней | 100/70 |  |

половина беременности протекала без особенностей, явлений раннего токсикоза не отмечала.

Госпитализаций во время настоящей беременности в стационар не было. Острых респираторных или инфекционных заболеваний при данной беременности не было.

**Заключения специалистов:**

 Терапевт : Бессимптомная бактериурия.

 Офтальмолог : Здорова

 ЛОР : Здорова.

**УЗИ плода от 4.09.2014 –**

В полости матки один живой плод в головном предлежании. Плацента по передней стенке, толщиной 27 мм, I степени зрелости соответствует сроку гестации. Околоплодные воды в умеренном количестве. Цервикальный канал 15 мм, внутренний зев воронкообразный. Визуализация затруднена, пессарий. Заключение: Беременность 27 недель.

**Уточнение срока беременности**.

По дате последней менструации

21.02. - 25.02.2014. - 27 /28 недель

По первой явке в женскую консультацию

13.05.2014 -12/13 недель- 27/28 недель

По дате первого шевеления плода -7.08.14

По данным УЗИ

13.05.2014. – 10\11 нед. - 27/28 недель

04.09.2014. – 27 нед. -

Срок беременности: 27/28 недель.

**Объективное исследование.**

*Общее состояние*: удовлетворительное, телосложение - правильное, конституция - нормостеническая. Рост 163, вес 58 кг.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные, удовлетворительной влажности, их тургор достаточный, расчесов и сыпи нет.

Оволосение по женскому типу .Белая линия живота и околососковые кружки пигментированы. Пупок сглажен. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно, равномерно распределена.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нижних конечностей нет.

*Сердечно-сосудистая система* Пульс на a. radialis симметричный, частотой 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, средней величины, неизменной формы, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется.. Артериальное давление - 120/70 мм.рт.ст. (на обеих руках). Тоны сердца ясные, шумов нет.

*Система органов дыхания* : Частота дыхательных движений 18 в минуту, дыхание ритмичное, везикулярное, хрипов, , шума трения плевры, крепитации нет.

*Система органов пищеварения* язык чистый, розовый, влажный. Зев чистый, миндалины не увеличены, без видимых воспалительных изменений. Полость рта санирована. Пальпация живота в отделах свободных от беременной матки безболезненна. Печень не выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, ее край мягкий, закруглен, ровный, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Мочевыделительная система: болей в поясничной области нет, поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Дизурических явлений не отмечает. Отеков на лице нет.

*Нервная система и органы чувств*: функция зрительного и слухового анализаторов не нарушена. Дермографизм смешанный. Тремора, ригидности затылочных мышц нет.

**Специальное (акушерское) исследование.**

- живот увеличен в объеме соответственно сроку доношенной беременности

- окружность живота 81 см

- высота стояния дна матки 24 см

- предполагаемый вес плода по индексу Рудакова 1944г.

- наружные размеры таза: distantia spinarum – 25,5 см, distantia cristarum – 27,5 см, distantia trochanterica – 31 см, conjugata externa – 20см.

- ромб Михаэлиса правильной формы, размеры диагоналей: вертикаль – 11см,

 горизонталь – 11см.

- индекс Соловьева – 14 см.

- наружное акушерское исследование по Леопольду-Левицкому:

**Первым приемом** определяют высоту стояния дна матки и часть плода, которая находится на дне. Ладони обеих рук располагаются на дне матки, концы пальцев рук направлены друг к другу, но не соприкасаются. Установив высоту стояния дна матки по отношению к мечевидному отростку или пупку, определяют часть плода, находящуюся в дне матки. У данной роженицы в дне матки располагается тазовый конец плода, высота стояния дна матки на 3 п/п ниже мечевидного отростка.

 С помощью **второго приема** определяют положение, позицию и вид плода. Кисти рук сдвигаются с дна матки на боковые поверхности матки (примерно до уровня пупка). Ладонными поверхностями кистей рук производят пальпацию боковых отделов матки. Получив представление о расположении спинки и мелких частей плода, делают заключение о позиции плода. Спинка плода определяется как гладкая, ровная, без выступов поверхность. У данной роженицы выявляется продольное положение плода, спинка обращена кпереди (передний вид) и к левой боковой стенке (I позиция),

 С помощью **третьего приема** определяют предлежащую часть и отношение ее ко входу в малый таз. Прием проводят одной правой рукой. При этом большой палец максимально отводят от остальных четырех. Предлежащую часть захватывают между большим и средним пальцами. У данной роженицы предлежит головка плода

 **Четвертым приемом** определяют характер предлежащей части и ее местоположение по отношению к плоскостям малого таза. Врач поворачивается лицом к ногам обследуемой женщины. Кисти рук располагаются латерально от средней линии над горизонтальными ветвями лобковых костей. Постепенно продвигаю руки между предлежащей частью и плоскостью входа в малый таз, определяют характер предлежащей части и ее местонахождение. У данной роженицы головка плода прижата ко входу в малый таз.

**Клинический диагноз:** Беременность 27\28 недель

 ИЦН. Акушерский пессарий 11.08.14

 Шов на шейке матки 08.08.14.

**Обоснование диагноза**

Беременность 28 недель. Головное предлежание. Угрожающие преждевременные роды.

Диагноз беременность поставлен на основании:

наличия достоверных признаков беременности:

1) определение частей плода, при пальпации;

2) выслушивание сердцебиения плода при аускультации

3) выявление живого плода, соответствующего сроку гестации при УЗИ.

28 недель беременности выставлены по:

· первому дню последней менструации: 25 февраля 2014 год. Со дня последних месячных прошло 28 недель. Срок беременности на 2.09.14 составляет 28 недель.

· первой явке в женскую консультацию: дата первого обращения в женскую консультацию 13 мая 2014 года. Диагноз 11\12 недель беременности. Срок беременности на момент курации: 11 недель + 17 недель (число недель прошедших после данного обращения) = 28 недель.

· высоте стояния дна матки - дно матки расположено на 2 пальца выше пупка (25 см над уровнем лона), что соответствует 28 нед. беременности.

· первому шевелению плода: 7 июля 2014 год, что соответствует 20 неделям беременности, т. к. у первородящих, обычно, первое шевеление плода происходит при сроке гестации 20 недель. Срок беременности на момент курации: 20 + 8 (число недель прошедших после первого шевеления плода) = 28 недель.

· По данным УЗИ (от 13.5. 14 г.): Беременность 12 нед.

Головное предлежание установлено на основании:

· наружного акушерского исследования (приёмы Леопольда - Левицкого): 3 - 4 приемы - предлежит головка, подвижна над входом в малый таз.

· влагалищного исследования: через своды определяется головка плода, подвижна над входом в малый таз.

· Данных УЗИ (4.09.14 г.): Плод живой, один, головное предлежание, первая позиция.

Диагноз угрожающие преждевременные роды поставлен на основании:

· жалоб при поступлении на периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота продолжительностью до 10 минут;

· Наличии факторов риска у беременной: ИЦН. Акушерский пессарий.

· данных анамнеза: 1сентября внезапно к вечеру появились периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота, продолжительностью до 10 минут.

· Проведённого дифференциального диагноза.

**Дифференциальный диагноз**

Жалобы пациентки на периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота продолжительностью до 10 минут позволяют заподозрить ряд состояний, которые могут быть как осложнением в течение беременности, так и сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Данная субъективная симптоматика при установленном сроке беременности 28 недель может указывать на угрожающие преждевременные роды, в данном случае периодические тянущие, ноющие ощущения в нижней части

живота являются результатом повышенной сократительной деятельности матки, что подтверждается при бимануальном исследовании - матка легко возбудима при пальпации, зрелость шейки матки по Бишопу составляет 2 балла (не зрелая). Вероятнее всего при проведении механогистерографии объективно были бы подтверждены повышенный тонус и возбудимость матки.

В связи с выше описанной позицией необходимо дифференцировать угрожающие роды от начинающихся. При начинающихся преждевременных родах будет наблюдаться изменение болевого синдрома - характерны схваткообразные боли внизу живота, их регулярный характер, что может быть подтверждено при проведении механогистерографии. При влагалищном исследовании отмечаются структурно-функциональные изменения шейки матки - ее укорочение и сглаженность с соответствующей бальной оценкой по Бишопу, также возможно излитие околоплодных вод. В данном случае по характеру болевого синдрома и отсутствию характерных изменений шейки матки данную патологию можно исключить.

Необходима дифференциальная диагностика также с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, при которой возможно наличие боли в животе, гипертонуса матки, а кровотечение может быть скрытым. Боль в животе при этом обусловлена растяжением стенки матки, имбибицией ее стенки кровью, раздражением брюшины; выражена сильно, возможна иррадиация в лонный симфиз, бедро. Гипертонус также обусловлен имбибицией кровью и перерастяжением стенки матки при внутреннем кровотечении. Наличие ретроплацентарной гематомы можно установить с помощью УЗИ. Степень кровотечения зависит от места, площади отслойки и гемостатических свойств крови - возможны изменения гемодинамики (снижение АД, тахикардия), снижение гематокрита, дискоагуляторные изменения (как предвестники ДВС-синдрома). В данном случае по характеру болевого синдрома, отсутствия признаков наружного или внутреннего кровотечения данную патологию можно исключить.

Дифференциальный диагноз с острой хирургической патологией также необходим: Острый аппендицит характеризуется преимущественной локализацией боли в эпигастральной области, а затем спустя 2-4 часа перемещением непосредственно в область локализации отростка, следует помнить, что при увеличении в объеме беременной матки локализация аппендикса также будет изменятся, в сроке 28 недель, он будет локализоваться уже в области правого фланга живота. Кроме того возможна однократная рвота; высокая лихорадка и общая интоксикация организма, при физикальном исследовании болезненность при поверхностной пальпации в правой подвздошной области, правом фланге живота, мышечное напряжение, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Воскресенского; в общем анализе крови характерен лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, ускорение СОЭ. У данной пациентке, за исключением болевого синдрома, отсутствуют симптомы острого аппендицита, поэтому в данном случае этот диагноз можно исключить.

По наличие болевого синдрома у больной можно заподозрить острый холецистит. Боли при остром холецистите чаще возникают после погрешностей в диете (жареной, жирной, копчёной пищи), локализуются в правом подреберье, иррадиируют в правую лопатку, плечо. Характерны такие симптомы, как симптом Ортнера (боль при поколачивании правой рёберной дуги), симптом Керра (болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря), симптом Мюсси (болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Могут присоединяться тошнота, рвота. При лабораторных исследованиях в биохимическом анализе крови выявляется повышение уровня билирубина и активности аминотрансфераз; в общем анализе крови может быть выявлен лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ; в общем анализе мочи - билирубинурия. Диагноз уточняют при УЗИ (выявление конкрементов, расширение желчных протоков, утолщение стенки желчного пузыря).

У данной пациентки отсутствуют симптомы, характерные для острого холецистита, лабораторные анализы в пределах нормы. На основании этого диагноз острый холецистит можно исключить.

Локализация боли внизу живота характерна и для острого цистита. Но боли при остром цистите усиливаются в конце акта мочеиспускания, нередко имеют режущий характер. Моча при этом может быть мутная, нередко наблюдается примесь крови в моче. Характерным для цистита является частые болезненные позывы к мочеиспусканию. Данная пациентка характерных жалоб не предъявляет, в анализах мочи патологии не выявлено, что позволяет исключить данный диагноз.

На основании проведённой дифференциальной диагностики можно сделать вывод, что в данной ситуации наиболее целесообразно поставить диагноз - угрожающие преждевременные роды, подтверждённый жалобами, данными анамнеза, данными объективного исследования

**План лечения**

В отсутствии этиологического фактора невынашивания беременности (при идиопатической причине) необходимо проводить патогенетическую терапию.

1. Назначение максимально щадящего лечебно-охранительного режима. Рекомендуется обеспечить постельный режим, физический и половой покой. Назначение седативных средств - настойка пустырника по 1 ст. л. 3 раза в день.

Медикаментозная терапия угрозы преждевременных родов

2. Для снижения активности матки: Препаратом выбора для проведения является магния сульфат. Противопоказаний в данном случае к использованию препарата нет. Суточный объем вводимой жидкости не должен превышать 2500 мл.

Необходим ежечасный контроль: АД, количество мочи (не менее 30 мл/час), сухожильные рефлексы, частота дыхания (не менее 12-14 в мин), мониторинг состояния плода и сократительной активности матки - с целью раннего определения симптомов передозировки (угнетение сухожильных рефлексов (концентрация магния в сыворотке 7-10 мг%), угнетение дыхания (концентрация магния в сыворотке выше 12 мг%)) и эффективности токолитической терапии.

3. Спазмолитическая терапия (снижение возбудимости матки, уменьшение болевого синдрома):

Папаверина гидрохлорид - по 1мл. 2% раствора, в/м 2 раза день.

4. Физиотерапия - электрофорез с магнием: СМТ на низ живота - по 10 мин. (для снижения сократительной активности матки).