1. ***Паспортная часть***

ФИО

35 лет

Поступила

Дата начала курации

При поступлении родовой деятельности нет, жалоб нет.

1. ***Анамнез***

*Наследственность.*

По материнской линии у бабушки многоплодная беременность – двойня, у матери и тети – варикозная болезнь. По отцовской линии плохую наследственность отрицает, многоплодных беременностей не было.

*Анамнез жизни*

Проживает в г. Ижевске с рождения, окончила среднюю школу, курсы по специальности косметолог – визажист. В течение нескольких лет работала по специальности, график работы нормированный, в обычных условиях труда. После замужества не работает, домохозяйка. Условия жизни комфортные, проживает в благоустроенной квартире. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез без особенностей, гемотрансфузий не производилось.

*Перенесенные заболевания.*

ОРВИ, ветрянка, остеохондроз поясничного отдела позвоночника, хронический пиелонефрит (стадия стойкой ремиссии), ХПН.

*Перенесенные гинекологические заболевания.*

Эрозия шейки матки в течение предыдущих беременностей, 3 самопроизвольных аборта на поздних сроках, истмико-цервикальная недостаточность, на носительство ИППП обследование отрицательное.

*Менструальная функция.*

Менархе в 14 лет. Менструальный цикл установился к 15 годам, 4-5 дней, через 30. Менструации стабильные, умеренные, незначительно болезненные. Последняя менструация – 27.12.2009.

*Половая жизнь.*

Половая жизнь с 16 лет, первый брак, зарегистрирован. Мужу 35 лет, здоров, по роду занятий священнослужитель. От беременности не предохранялась.

*Детородная функция.*

Шестая беременность, третьи роды.

I – 1992 – мальчик 3730 г, 52 см, нормальные роды в 39 недель;

II – 2003 – девочка 2460 г, 43 см, преждевременные роды в 36 недель;

III – 2005 – самопроизвольный аборт на сроке 16 недель;

IV – 2007 – самопроизвольный аборт на сроке 25 недель;

V – 2009 – самопроизвольный аборт на сроке 20 недель;

VI – 2010 – настоящая.

Живых детей – двое, искусственных абортов не было.

*Течение настоящей беременности.*

В женскую консультацию впервые обратилась 10.02.2010 по поводу задержки менструаций. По дате последней менструации (27.12.2009), УЗИ плода установлен срок беременности – 5 недель.

Динамика АД – рабочее 120/80, эпизодов повышения АД не отмечалось (25.03.2010 – 12 недель – 120/70; 19.04.2010 – 15 недель – 100/60; 5.05.2010 – 17 недель – 110/70; 19.05.2010 – 20 недель – 100/60).

Полный анализ крови и мочи – без особенностей.

Группа крови III(В) Rh+.

RW (12.03.2010) (-)

ИФА на антитела к ВИЧ (12.03.2010) (-)

HBs и Австралийский антиген (12.03.2010) (-)

Посев кала на яйца глист (23.03.2010) (-)

Реакция на токсоплазмоз (23.03.2010) (-)

Консультации специалистов:

Гинеколог

06.05.2010 – беременность 18 недель, ОАА (35 лет, 3 с/а в аннам., ИЦН);

21.05.2010 – беременность 21 неделя, ОАА.

Терапевт

18.08.2010 – беременность 33 недели, хр. пиелонефрит, ремиссия ХПН.

14.09.2010 – беременность 37 недель, ОРВИ, о. ринит.

*Течение первой половины беременности:* угроза прерывания на ранних сроках. Госпитализирована в г/о МСЧ «Ижмаш». По результатам клинических обследований (п/а крови, мочи, УЗИ, внутр. влагалищное исследование) диагностирована ретрохориальная гематома, истмико-цервикальная недостаточность, гестоз легкой степени. Дату первого шевеления не помнит. На сроке 13 недель наложены швы на шейку матки.

*Течение второй половины беременности:*

С 28.05.2010 по 08.06.2010 госпитализирована в г/о МСЧ «Ижмаш» с диагнозом: беременность 23-24 недель, угроза прерывания беременности, сохранена. ОАА. Швы на шейке матки. Бактериальный вагиноз. Проведено лечение: курантил, вит.Е, рибоксин, аскорбиновая кислота, магния сульфат, папаверин, амоксициллин, нистатин, кислородные коктейли. На сроке 33-34 недели госпитализирована в дородовое отделение 5 роддома с диагнозом: угроза преждевременных родов, ОАА, швы шейки матки сняты на сроке 35 недель.

1. ***Объективное исследование***

*Общее исследование*

Общее состояние удовлетворительное, температура тела – 36.8 С, рост – 170 см, вес – 75 кг, телосложение пропорциональное, конституция нормостеническая. Кожные покровы физиологической окраски, пигментаций, высыпаний нет, расширенные вены ПЖК не видны, отеков нет. Форма живота овоидная, пупок втянут, на боковых поверхностях живота – полосы беременности. Состояние молочных желез и сосков – удовлетворительное. Перешеек щитовидной железы не пальпируется. АД 110/70 на обеих руках. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в минуту, пульс симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Органы пищеварения без особенностей, стул в норме. Ротовая полость санирована, миндалины не увеличены. Мочеиспускание не изменено, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. РЗС прямая живая, содружественная живая, в позе Ромберга устойчива. Зрение, слух сохранены, без особенностей. Настроение ровное, сон нормальный.

*Акушерский статус*

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий б/болезненный, окружность живота 103 см, высота дна матки 31 см.

Матка напряжена, тугоэластичная, флюктуации нет. Положение плода продольное, плод находится в первой позиции, передний вид, предлежание плода головное, головка находится над входом в малый таз. Сердечные тоны плода приглушены, ритмичные, 148 уд/мин.

*Размеры таза:*

Distantia spinarum – 25

Distantia cristarum – 28

Distantia trochanterica – 31

Conjugata externa – 22

Conjugata diagonalis – при влагалищном исследовании мыс не достижим.

Conjugata vera – 12

Индекс Соловьева – 1,7

Ромб Михаэлиса: поперечный размер 10 см, продольный 10,5 см.

Предполагаемый вес плода по формуле Якубовой – 31+103/4\*100= 3350 г

*Сердцебиение плода* ясное, ритмичное, лучше выслушивается у лона слева. Наружные половые органы развиты нормально, оволоснение по женскому типу.

*Внутреннее влагалищное исследование.*

Промежность нормальной высоты. Перегородки во влагалище нет, стриктур и рубцовых изменений нет. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения – бели.

Шейка матки гипертрофирована эрозирована, рубец после наложения швов, расположена по оси малого таза, цервикальный канал пропускает 2 пальца.

1. ***Лабораторные данные при поступлении***

п/а крови: Er-3,8\*1012/л; Lei - 12.1\*109/л; Hb - 124 г/л; Hct - 0.344; Plt - 290\*109/л; св. крови - 5.10; вр. кровт. 2.05.

б/х крови: ПТИ 102%; фибриноген - 3,7 г/л; Общ. белок - 70,9 г/л; билирубин - 13 мкмоль/л; АЛТ - 21 ЕД; АСТ - 20 ЕД; сахар - 4,99 ммоль/л.

п/а мочи: цвет св.-жел., рН - 5,5, уд. вес - 1025.

Мазок на БСК, посев из цервикального канала – гонококк не обн., трихомонады не обн., Lei 2-3 в п/зр, эпителий - ед. в п/зр., слизь умеренно.

КТГ – шевеление плода – 42 в минуту, частота базального ритма – 124 удара в минуту, акцелерации (+), деклерации(-).

ЭКГ – ритм синусовый, правильный, ЧСС- 82 в минуту, ЭОС – правограмма.

1. ***Сводка патологических данных***

- 3 самопроизвольных аборта на поздних сроках(16-25 недель)

- истмико-цервикальная недостаточность

- преждевременные роды (36 недель) в анамнезе

- угроза прерывания беременности с ранних сроков (на стационарном лечении с 5 недель)

- швы на шейке матки, наложены в 13 недель

- бактериальный вагиноз в течении настоящей беременности

- хронический пиелонефрит, ХПН, стадия стойкой ремиссии

- индекс Соловьева 1.7

1. ***Диагноз и его обоснование при поступлении***

Беременность 33 недели (дата последней менструации – 27.12.2009; первого обращения в женскую консультацию – 10.02.2010 по УЗИ плода – беременность 5 недель, дату первого шевеления не помнит, по формуле Скульского), продольное положение, головное предлежание, первая позиция, передний вид. Угроза преждевременных родов (ОАА).

Заболевания, связанные с беременностью – рубец на шейке матки (операция по наложению швов на шейку матки на сроке 13 недель, для коррекции истмико-цервикальной недостаточности), отягощенный акушерский анамнез (3 самопроизвольных аборта на поздних сроках).

Заболевания, не связанные с беременностью – хронический пиелонефрит, ХПН, стадия стойкой ремиссии (консультация терапевта)

1. ***Прогноз течения беременности***

- преждевременные роды

- внутриутробная гипоксия плода

- фетоплацентарная недостаточность

- обострение хронического пиелонефрита.

1. ***План ведения беременности***

- профилактика и лечение фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода

- профилактика и лечение хронической инфекции

- динамика АД, п/а крови для выявления гестоза

- профилактика преждевременных родов

- родоразрешение при нарастании признаков внутриутробного страдания плода

*План лечения:*

1. Назначение максимально щадящего лечебно-охранительного режима.

2. Медикаментозная терапия угрозы преждевременных родов.

- настойка валерианы

Rp: Tincturae Valerianae 30 ml

D.S.: по 10 капель 2 раза в день

- витамин Е (антигипоксическое средство, нормализующее тканевый обмен):

Rp: Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 5% – 1 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S: по 1 мл внутримышечно 1 раз в день

- профилактика внутриутробной гипоксии плода:

- рибоксин, актовегин в/в кап.

Rp: Sol. Riboxini 0.5% – 2 ml

D.t.d. N10 in amp.

S: по 2 мл в\в капельно на физ. р-ре

Rp: Sol. Actovegini 40 mg – 5 ml

D.t.d. N10 in amp.

S: по 1 ампуле в\в капельно на 5% р-ре декстрозы.

- для снижения сократительной активности матки назначается комбинация токолитиков и сосудорасширяющих веществ:

- магния сульфат

Rp: Sol. Magnesii sulfatis 25% – 10 ml

D.S.: 5 мл внутримышечно 2 раза в день

- гинепрал

Rp: “Ginepral”

D.t.d. N10 in amp.

S: в\в капельно по 1 ампуле на 250 мл физ. р-ра, со скоростью 15-20 кап. в минуту до появления расслабляющего влияния на миометрий.

- для ускорения созревания легочной ткани недоношенного плода можно применять дексаметазон – средство, ускоряющее синтез сурфактанта в легких:

Rp.: Sol. Dexametasoni 4 mg- 1 ml

D.t.d. №10 in ampull.

S: в\м по 1 мл 2 раза в сутки

S.: по 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки

3. 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. Для профилактики преждевременного начала родовой деятельности возможно проведение электрорелаксации матки.

4. Для лечения бактериального вагиноза у беременных применяют тержинан, обладающий противогрибковой и антибактериальной активностью.

Rp.: Supp. “Tergynan” №20

D.S.: по 1 свече во влагалище на ночь

После применению свечи тержинана во влагалище инсуфлируют 3 дозы лактобактерина:

Rp.: Lactobacterini sicci

D.t.d. 10 in ampull.

S.: содержимое 1 ампулы инсуфлировать во влагалище

5. Лечение хронической внутриутробной гипоксии плода.

- использование средств улучшающих реологические свойства крови и стабилизирующих плацентарное кровообращение

Rp: Sol. “Trental”

D.t.d N10 in amp.

S: растворить ампулу в 250 мл физ. раствора, вводить в\в капельно.

-проведение сеансов оксигенотерапии.

Беременная должна получать увлажненный кислород через герметичную маску с клапаном выдоха. Скорость подачи кислорода – 6-7 л/мин, концентрация кислорода во вдыхаемой смеси – 50-60%.

1. ***Этиология и патогенез***

Преждевременные роды – это роды, наступившие в сроке беременности от 28-й до 36-й недель беременности. Масса плода – 1000-2000 г. Учет перинатальной смертности осуществляется с 22 недели беременности с массой плода 500 г и более.

На долю недоношенных детей приходится 60–70% ранней неонатальной смертности и 65–75% детской смертности, мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8–13 раз чаще, чем при своевременных.

Факторами риска преждевременных родов являются как социально-демографические: неустроенность семейной жизни, низкий социальный уровень, молодой возраст; так и медицинские. Каждая третья женщина с преждевременными родами – первобеременная. К факторам риска следует отнести ранее перенесенные аборты, преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, инфекции мочевых путей, воспалительные заболевания гениталий. Важную роль в возникновении преждевременных родов играет и осложненное течение данной беременности, угроза прерывания беременности. Особое место принадлежит инфекции, перенесенной во время беременности (ОРВИ и другие вирусные инфекции).

Преждевременные роды в сроке 22–27 (масса плода от 500 до 1000 г) недель обусловлены истмико-цервикальной недостаточностью, инфицированием нижнего полюса плодного пузыря и преждевременным его разрывом. В этой группе женщин, как правило, мало первобеременных женщин. Наличие инфекции в половом тракте исключает возможность пролонгирования беременности у большинства беременных. Легкие плода незрелы и добиться ускорения их созревания назначением медикаментозных средств матери за короткий период времени не удается. В связи с этим исход для плода в этой группе наиболее неблагоприятный. Чрезвычайно высока перинтальная смертность и заболеваемость.

Преждевременные роды при сроке гестации 28–33 недели (масса плода 1000–1800 г) обусловлены более разнообразными причинами, чем более ранние преждевременные роды. Первобеременных женщин в этой категории родов более 30%. Возможна выжидательная тактика и пролонгирование беременности. Несмотря на то, что легкие плода еще незрелы, все же удается назначением глюкокортикоидов добиться их ускоренного созревания за 2–3 суток. Поэтому исход родов для плода этого срока гестации более благоприятен, чем в предыдущей группе.

Преждевременные роды при сроке гестации 34–37 недель (масса плода 1900–2500 г и более) обусловлены еще более разнообразными причинами, происходят у первобеременных более чем в 50% случаев. У большинства женщин возможна выжидательная тактика ведения родов. Однако в связи с тем, что легкие плода практически зрелы, не требуется введения средств для стимуляции созревания сурфактанта и пролонгирование беременности не столь существенно изменяет показатели перинатальной смертности.

Профилактика. При угрожающих преждевременных родах беременную срочно направляют в стационар, где применяют средства, направленные на торможение преждевременно возникшей родовой деятельности.

1. ***Дневник***

13.09.2010 11.00

Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80, пульс 80 уд/мин, ритмичный, температура 36,5 С. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежание головное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ЧСС 120 в минуту. Мочеиспускание и стул в норме, выделения незначительные, слизистые.

16.09.2010 10.30

Общее состояние удовлетворительное. АД 110/70, пульс 76 уд/мин, ритмичный, температура 36,5 С. Матка возбуждена, положение плода продольное, предлежание головное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ЧСС 132 в минуту. Мочеиспускание и стул в норме, выделения незначительные, слизистые.

17.09.2010 10.30

Общее состояние удовлетворительное. АД 115/80, пульс 72 уд/мин, ритмичный, температура 36,8 С. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежание головное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ЧСС 128 в минуту. Мочеиспускание и стул в норме, выделения незначительные, слизистые.

1. ***Эпикриз***

Поступила 16.08.2010 в дородовое отделение 5 роддома с диагнозом: беременность 33 недели, угроза преждевременных родов, швы на шейке матки, ОАА. Проведены исследования: п/а крови, п/а мочи, ЭКГ, КТГ, посев мазка из цервикального канала, внутреннее влагалищное исследование. Проведено комплексное лечение, направленное на снятие угрозы преждевременных родов, сохранение беременности, профилактику внутриутробного страдания плода, проведено комплексное физиолечение, начата психофизиологическая подготовка женщины к родам. В данный момент угроза преждевременных родов сохраняется, лечение продолжается, женщина находится в дородовом отделении.

***Список литературы***

1. Материалы лекций.

2. Физиология и патология родовой деятельности / Сапсай М.И. – Ижевск, 2008.

3. Айламазян Э.К. «Акушерство: учебник для мед. вузов» – СПб.: Спецлит, 2000 г.

4. Савельева Г.М. «Акушерство» – М.: Медицина, 2000 г.