Паспортная часть

ФИО

Возраст 28 лет

Профессия домохозяйка

Дата поступления 2. 02.01г.

Дата курации 8. 02. 01г.

Жалобы на момент поступления: тянущие боли внизу живота, с иррадиацией в поясницу, головную боль, ощущение тяжести в области затылка.

Жалобы на момент курации: жалоб нет.

Анамнез

Наследственность не отягощена. Наличие в семье и у ближайших родственников наследственной патологии, врожденных пороков развития, а также случаев заболевания психическими, венерическими, инфекционными заболеваниями отрицает. Наличие многоплодной беременности у родителей и ближайших родственников отрицает.

Родилась и выросла в Москве. В детском возрасте росла и развивалась без патологических особенностей, соответствен возрасту. В настоящее время является домохозяйкой. Проживает в хороших жилищно-бытовых и санитарно-гигиенических условиях. Питание регулярное, разнообразное и калорийное. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощён. Родители и ближайшие родственники хронической патологией не страдают.

В детстве перенесла корь, ветряную оспу, часто болела ОРВИ, ангиной. Менструации с 13 лет установились сразу через 28 дней по 5 дней безболезненные, умеренные.

Половая жизнь с 20 лет. Брак второй. Мужу 33 года здоров, вредных привычек не имеет.

Гинекологические заболевания: Эрозия шейки матки, не лечилась. Предыдущие беременности:

1-ая в 1993 г. – мини аборт, без осложнений.

2-ая - настоящая.

Течение настоящей беременности:

Первая половина: Тошнота с утра, на 4-6 недели..

Первый день последней менструации 20 июня 2000г. Срок родов по менструации 26. 03. 01г.

 Первое шевеление плода 15. 10. 00г. Срок родов по первому шевелению 32 недели.

Вторая половина беременности:

Сведения из обменной карты: впервые обратилась в женскую консультацию при сроке 7 недель. Срок родов по первой явке в консультацию 32-33 недели. Посещала консультацию регулярно, физиопсихопрофилактическую подготовку не проводилась.

На 33 недели отмечалось повышение АД до 140\90 мм рт. ст., головная боль, головокружение, ощущение тяжести в области затылка, тянущие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу.

В общем анализе мочи обнаружен белок-0,99 ммоль\л

Реакция на токсоплазмоз отрицательная

Влагалищные мазки-2 степень чистоты влагалища

Общая прибавка массы за беременность-16 кг.

Из консультации, с предварительным диагнозом: Беременность 33 недели, преэклампсия 1 ст., угроза преждевременных родов ОАГА ,была направлена в род. дом № 3 в отделение патологии беременных.

 В отделении ей был проведён профилактический курс медикаментозной терапии:эуфелин 2,4% 7,0 в\в,седуксен 2,0 в\м,паповерин 2% 2,0 в\м

Объективное исследование

А. Общее исследование:

На момент курации пациентка находится в удовлетворительном состояние. Самочувствие хорошее. Температура тела нормальная. Телосложение правильное, нормостенического типа. Пациентка нормального питания. Рост 164 см. Вес 71 кг. Кожные покровы бледно-розового оттенка. Кожа тёплая, умеренной влажности эластичная. Расширение вен отсутствует. Имеется небольшая пастозность голеней и кистей рук. Полосы беременности отсутствуют. Молочные железы нормальной формы, патологических изменений не обнаружено. Патологии со стороны сосков молочных желёз не выявлено. Живот овоидной формы, деформаций не отмечается, ассиметрии нет. Щитовидная железа пальпаторно и визуально не увеличена, перешеек щитовидной железы обычной формы. Пальпация в обласчти щитовидной железы безболезнена. Признаков гипер- и гипотиреоза не наблюдается.

Система органов дыхания:

Жалоб не предъявляет. Дыхание через нос свободное, патологических отделений из верхних дыхательных путей нет. Грудная кленка нормостеническрй формы,обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Дыхание умеренной глубины,ритмичное, частота дыхательных движений в 1 минуту 17. Пальпация грудной клетки безболезнена, патологических изменений не выявлено. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет

Система органов кровообращения:

Жалоб не предъявляет. Одышки и отёков нет. Состояние вен и артерий без патологических особенностей. Выбухания вен и артерий нет. Границы сердца в пределах нормы. Пальпация и перкуссия области сердца безболезненая. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выявлено. Пульс на лучевых артериях 80 уд. в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, монократический. Артериальное давление на момент осмотра 120\60 мм.рт.ст. на обеих руках.

Система органов пищеварения:

Предъявляет жалобы на изжогу по утрам (страдает хроническим гастритом). Других жалоб нет. Аппетит хороший. Стул умереной частоты, оформленый. Язык ярко-розового цвета, умеренной влажности, сосочковый слой без особенностей. Налётов, трещин, язв в ротовой полости нет. Полость рта санированна. Видимой перестальтики желудка и кишечника нет. Венозные коллатерали отсутствуют. Перкуссия не проводилась в связи с беременностью. При аускультации патологии не выявлено. Визуально печень и селезёнка не увеличены, пальпация этой области не проводилась в связи с беременностью.

Система органов мочеотделения:

Жалобы на пастозность голеней и кистей рук. Нарушения мочеиспускания нет. Количество мочи обычное. При осмотре поясничной области припухлости и покраснения не выявлено. Болезнености в области почек и по ходу мочеточников нет.

Нервная система и органы чувств:

Сознание ясное. Общемозговые симптомы на момент осмотра отсутствуют. Головной боли нет, зрение ясное. Двигательная сфера без нарушений. Пациентка контактна, разговор ведёт свободно, настроение ровное. Менингиальных симптомов нет. Органы чувств без патологических изменений.

Б.Специальное акушерское исследование:

Distacia spinarum-расстояние между передневерхними остями подвздошных костей. Пуговки тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. В норме 25-26 см. У данной пациентки 25

Distancia cristarum-расстояние между наиболее удалёными точками гребней подвздошных костей. Норма 28-29 см.У пациентки 28.

Distancia trochanterica-расстояние между большими вертелами бедренных костей. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговки тазомера. Внорме 30-31см.У пациентки 31

Conjugata externa-наружная конъюгата, т.е. прямой размер таза. Женщину укладывают на бок, нижележащукю ногу сгибают в тазобедренном и коленом суставах, вышележащую вытягивают. Пуговку одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке. Внорме 20-21 см. У пациентки 20.

Крестцовый ромб Представляет собой площадку на задней поверхности крестца: вкерхний угол ромба составляет углубление между остистым отростком 5 поясничного позвона и началом среднего крестцового гребня;боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей:нижний-верхушка крестца;сверху и снаружи ромб ограничивается выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи выступами ягодичных мышц.

Форма правильная когда вертикальный размер 10 см.,поперечный10 см.

Индекс Соловьёва-измерение окружности запястья сантиметровой лентой даёт представление о толщине костей таза в норме он составляет 14-16 см. У пациентки 15 см.

Высота стояния матки над лоном определяется сантиметровой лентой, У пациентки 25 см.

Длина плода, предпологаемый вес плода: Длина плода измеряется тазометром. В данном случае 50 см. Предполагаемый вес плода-окружность живота в см. по уровню пупка множемая на высоту стояния матки над лоном. В данном случае приблизительная масса плода 2450 гр. Окружность живота 96 см.

Методика наружного акушерского исследования:

Пальпацию живота беременной производят по определённому плану, последовательно применяя 4 приёма. Беременная лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах для расслабления мышц живота. Врач становится справа от беременной лицом к её лицу.

Первый приём: ладони обеих рук располагаются на дне матки, польцы рук сближают и осторожным движением вниз определяют уровень стояния дна матки, по которому судят о сроке беременности. Первым приёмом определяют часть плода, располагающуюся в дне матки, чаще это тазовый конец плода. Тазовый конец-крупная но менее плотная и округлая часть, чем головка.

Второй приём:определяют спинку и мелкие части плода:по положению спинки судят о позиции и виде. Обе руки со дна матки перемещают до уровня пупка и располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию частей плода производят поочерёдно правой и левой руками. Левая рука лежит на одном месте, пальцы правой руки скользят по левой боковой поверхности матки и ощупывают обращённую туда часть плода. Затем таже манипуляция проводится левой рукой по правой половине матки. По расположению спинки и мелких частей судят о позиции и о её виде. Второй приём позволяет определить тонус матки и её возбудимость. По расположению круглых связок судят о месте прикрепления плаценты. Если круглые связки книзу расходятся, плацента располагается на передней стенке, если сходятся то на задней.

Третий приём:служит для определения предлежащей части плода. Одну руку (обычно правую) кладут немного выше лобкового соединения так, чтобы 1 палец находился на одной стороне, а четыре других пальца на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленно пальцы погружают вглубь и обхватывают предлежащую часть. Головка прощупывается в виде круглой плотной части. При тазовом предлежании прощупывается объёмистая мягковатая часть, не имеющая чёткой округлой формы. При поперечных и косых положениях предлежащая часть не определяется, Третьим приёмом можно определить подвижность головки. Короткими лёгкими толчками стараются сдвинуть её справа налево, и наоборот;при этом исследующие пальцы ощущают баллотирование головки, что особенно хорошо бывает выражено у повторнородящих. Чем выше головка над входом в малый таз, тем яснее баллотирлвание. При неподвижно стоящей головке судят о прижатии головки ко входу в таз.

Четвёртый приём: является дополнением третьего, позволяет определить не только характер предлежащей части, но и уровень её стояния. Исследующий встаёт справа, лицом к ногам беременной. Ладони обеих рук располагаются на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно проникают вглубь по направлению к полости таза и определяют предлежащую часть и высоту её стояния. Данный приём позволяет выявить, находится ли головка над входом в малый таз или прошла через плоскость входа в таз малым или большим сегментом;если головка значительно опустилась в полость таза, прощупывается только её основание. Также успешно определяется высота стояния предлежащего тазового конца плода. При помощи четвёртого приёма можно определить также величину головки, плотность её костей и постепенное опускание головки в таз во время родов.

При исследовании данной пациентки установлено продольное расположение плода, головное предлежание. Первая позиция, передний вид. Головка находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное,ритмичное,140 ударов в минуту. Выслушивается немного ниже пупка.

Исследование наружных половых органов:

Наружные половые органы развиты правильно,по женскому типу.Патологических изменений не выявлено.Оволосение по женскому типу.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки расположена по центру. Плотная,длинной 1.5 см. Цервикальный канал проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз . Мыс не достигается.

В.Лабораторные данные.

Анализ крови на HBS-антиген отрицательный

Анализ крови на ВИЧ-антитела отрицательный.

Анализ крови на группу крови и резус-фактор-группа крови В(3),RH+.

Анализ крови на резус-антитела отрицательный

Анализ кала на яйца-глист отрицательный.

Биохимический анализ крови:

Общий белок 59 г\л при норме 65-85г\л

мочевина 3,9 ммоль\л при норме 2,5-8,9ммоль\л

креатинин 62 ммоль\л при норме 44-100ммоль\л

холестерин 8,2ммоль\л при норме 3,9-6,5ммоль\л

билирубин 7,0ммоль\л при норме 8,5-20,5 ммоль\л

Общий анализ крови: 2. 02. 01.

Гемоглобин 123г\л при норме 120-140г\л

Цветовой показатель 3,3 10 в 12 степени при норме 3,9-4,7

Тромбоциты 221

Лейкоциты 7,7 на 10 в девятой степени при норме 4-9 на 10 в девятой степени

СОЭ 15 мм\ч при норме 2-15мм\ч

Клинический анализ мочи:2.02.01

Цвет насыщенно жёлтый

прозрачность-помутнение

рН кислая

белок 0,167г\л при норме следы

Клинический анализ мочи: 9.02.01

Цвет насыщенно жёлтый

прозрачность-помутнение

рН кислая

белок 0,033 г\л при норме следы

Ультразвуковое исследование

Один плод,в головном предлежании. Соответствует 34 неделе беременности, плацента по передней стенке, толщина плаценты 3,6 см. Колличество околоплодных вод умеренное. Предполагаемая масса плода 2450.Рубцовых изменений на матке не выявлено. БПР 84 мм. ЛЗ 117 мм. ОЖ 291 бедро 63 мм. Число сердечных сокращений 148 Мышечный тонус в норме.

Заключение:беременность 34 недели. Головное предлежание. Раннее созревание плаценты. Контроль УЗИ через 2 недели.

Диагноз и его обоснование:

Клинический диагноз: Беременность 34 недели. Преэклампсия легкой ст. Угроза преждевременных родов. ОАГА.

Обоснование диагноза:

Наличие беременности можно доказать присутствием у пациентки достоверных признаков беременности, а именно:

1 Прощупываются части плода-при пальпации определяются гологвка, спинка, мелкие части плода.

2 Ясно прослушиваются сердечные тоны плода, которые носят ясный ритмичный характер, с частотой 140 ударов в минуту.

3 Движения плода ощущаемые беременной

4 Положение плода в матке у беременной при пальпации живота методами акушерского наружного исследования определяется как продольное, предлежащая часть-головка, в первой позиции, переднем виде. Головка находится низко над входом в малый таз.

5 При влагалищном исследовании данной беременной определяется предлежащая часть-головка, которая находится низко над входом в малый таз.

6 Наличие данных кардиомониторного исследования, из которых следует регистрация нормальной сердечной деятельности плода.

7 Ультразвуковое исследование, при котором определяется один плод в головном предлежании, соответствцующий 34 неделе беременности.

8 Высота стояния дна матки у беременной составляет 25 см. Дно матки стоит посередине между пупком и мечевидным отростком.

9. Срок беременности:

-по первому дню последней менструации 26.03.03 г.

-по первой явке в консультацию 32-33 недели

-по первому шевелению плода 32 недели

-по УЗИ 33 недели

-сама считает 33 недели

Наличие у больной ОПГ-гистоза доказывается жалобами на отёки на голенях. Имеется положительный симптом кольца. Патологическая прибавка массы тела за время беременности-16 кг. Повышение артериального давления с 33 недели беременности до 140\80мм.рт.ст. Эпизод преэклампсического состаяния-гологвные боли, чувство тяжести в области затылка на фоне повышенного АД.Наличие протеинурии выявленое при ла

бораторном анализе мочи.

Угроза преждевременных родов

–доказывается жалобами больной на тянущие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу

-при влагалищном исследовании : цервикальный канал проходим для 1 пальца. Головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

ОАГА

-в анамнезе эрозия шейки матки

-1-я беременность –мини аборт

Этиология ОПГ-гистоза:

ОПГ-гистоз беременных является состоянием связанным с патологическими изменениями в сосудистом русле. Внастоящее время имеются различные теории (неврологическая, гормональная, иммунологическая, генетическая) объясняющие причину развития ОПГ-гистоза, но все они сводятся к тому ,что в развитие ОПГ-гистоза главную роль играет изменение стенок сосудов, которое приводит к нарушению реологических свойств крови.

Патогенез:

Повышение тонуса сосудов, которое приводит к вазоспазму,являеися причиной развития дистрофических процесов в эндотелиальном слое сосудов. Из-за этого происходит нарушение синтеза вазоделятаторов и снижение резистентности сосудов к действию вазоконстрикторов, также нарушается тромборезистентность. Имеет место нарушение проницаемости сосудов и часть плазмы крови выходит из сосудистого русла. Повышаются вязкость крови и её агрегационные свойства. Также повышается жесткость мембран эритроцитов, что приводит к нарушению их прохожнения через микроциркуляторное русло. Развивается ДВС-синдром. Все выше перечисленные процессы приводят к нарушению оксигенации тканей организма, что в свою очередь приводит к повышению гидрофильности тканей, их дистрофии и развитием в дальнейшем некротических изменений. Результатом всех патологических процессов является развитие полиорганной недостаточности. Все эти процессы происходят также в системе мать-плод, что приводит к страданию плода, главным проявлением которого является хроническая гипоксия плода.

План обследования

1.УЗИ

2. общ. ан. мочи

3. ан. мочи по Зимницкому

4. общ. ан. крови

5. биохим. ан. крови

6. контроль АД (ежедневно)

План ведения:

А) Лечение ОПГ-гистоза

Лечение данной патологии проводится в условиях стационара. Необходимо создание лечебно-охранительного режима (покой, диета, сон). Проводится гипотензивная терапия, составленная из препаратов разного механизма действия (адельфан+нифедипин, нифедипин+капотн и другие сочетания). Также необходима терапия направленая а востанавление гемостатических и реологических свойств крови (трентал, курантил).Назначают мочегонные средства (лазикс, фуросемид, диакарб и др.). Препараты нормализующие функцию клеточных мембран (витамин Е в качестве антиоксиданта, эссенциале в качестве мембраностабилизатора) Необходимы препараты нормализующие маточно-плацентарное кровообращение (кокарбоксилаза, поливитамины). Препараты улучшающие белковый обмен (метионин, парантеральное введение белковых препаратов). Седативная терапия (настой пустырника, препараты валерианы). Снижению артериального давления способсьвуют физиотерапевтические методы такие, как диатермотерапия, иглоукалывание.

Больным необходима диета с умеренным ограничением соли, уменьшеной водной нагрузкой, необходимо сократить потребление жиров.

Роды в неосложнёных случаях ведуться выжидательно через естественные родовые пути, при этом возможно произвести эпидуральную анастезию. Ведётся наблюдение за состоянием матери и плода. Если во втором периоде родов происходят осложнения в виде стойкого повыщения давления у матери, или возникновения у плода острой гиапоксии, то срочно накладываются акушерские щипцы. Если эти осложнения происходят в первом периоде родов то необходимо проведение кесаревого сечения. В третьем периоде родов у матери проводится профилактика возникновения кровотечения, а у ребёнка если он родился в асфиксии проводятся реанимационные мероприятия.

Б) Лечение данной пациентки:

Необходим постельный режим и эмоциональный покой. Назначается стол номер 7-ограничение потребления повареной соли и жиров,снижение водной нагрузки. Стол должен быть максимально витамизирован, за счёт употребления овощных и фруктовых блюд, и соков. Запрещается употребление бобовых, сливок и сметаны.

Измерение АД, пульса, диуреза.

Медикаментозная терапия:

Реланиум 2,0 в\м н\н

Поливитамины

Экстракт валерианы по 2 таб. 3 раза в день

Настойка Leanure 30 – 3р.в день

Эуфиллин 1 т. – 3 р. в день

Свечи с папаверином per rect

Ношпа 1 т. – 3 р. в день

Прогноз родов, возможные осложнения и образ действия при них:

Роды у данной пациентки следует вести выжидательно через естественные родовые пути, можно провести эпидуральную анестезию. Во всех периодах родов необходимо наблюдение за состоянием роженицы и плода. Нужно проводить профилактику гипоксии плода (метод Николаева). В случаи возникновения осложнений со стороны роженицы или плода срочно произвести экстреное родоразрешение кесаревым сечением или наложением акушерских щипцов. Тактика родоразрешения зависит от периода родов при котором возникло осложнение. В третьем периоде родов и в раннем послеродовом периоде необходима профилактика возникновения кровотечения.

Дневники:

9 февраля 2001

Температура 36,6 пульс 84 удара в минуту, ритмичный. АД 130\80 мм.рт.ст. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Аппетит хороший. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Диспепсии и дизурии нет. Пальпация области матки безболезнена на всех участках. Матка находится в нормотонусе. Выделения из влагалища слизистые скудные. Сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в минуту.

10 февраля 2001

Температура 36,5,пульс 80 ударов в минуту, ритмичный.АД 130\70 мм.рт.ст. Жалоб на момент осмотра нет. Состояние удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Аппетит хороший. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Диспепсии и дизурии нет. Пальпация области матки безболезнена на все участках. Матка находится в нормотонусе. Выделения из влагалища слизистые, скудные. Сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в минуту.

11 февраля 2001

Температура 36,5,пульс 80 ударов в минуту, ритмичный.АД 130\70 мм.рт.ст. Жалоб на момент осмотра нет. Состояние удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Аппетит хороший. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Диспепсии и дизурии нет. Пальпация области матки безболезнена на все участках. Матка находится в нормотонусе. Выделения из влагалища слизистые, скудные. Сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в минуту.

Эпикриз:

Х. 28 лет поступила в род дом №, отделение патологии с направляющим диагнозом беременность: 33 недели, преэкламсия средней тяжести , угроза преждевременных родов, ОАГА. Поступила в состоянии средней тяжести, с повышенным давлением 140\80 мм.рт.ст. С жалобами на головную боль и чувство тяжести в затылке, тянущие боли в низу живота. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 2300. В отделении патологии беременности женщине было проведено лечение, для снятия преэклампсического состояния, для предупреждения преждевременных родов. Настоящая беременность вторая по счёту (первая закончилась мини абортом, без осложнений.). Первая половина данной беременности была тошнота с утра на 4 неделе. С 33 недели беременности у больной стало повышаться давление до 130\90-140\80 мм.рт.ст., тянущие боли в низу живота, головокружение, в анализе мочи белок 0,99 г\л. В женской консультации был поставлен диагноз; беременность 33 недели, преэкламсия , угроза преждевременных родов, ОАГА. Пациентка была госпитализирована в род дом №3 отделение патологии беременности, где она находится по настоящее время. На данный момент ей проводится медикаментозная терапия спазмолитиками, антигипертензивными препаратами, антиоксидантами, препаратами улучшающими реологические свойства крови. Также ведётся подготовка беременной к родам. Пациентка находится под наблюдением.

Используемая литература: Г.М.Савельева « Акушерство», В.И.Бодяжина «Акушерство», М.Б.Машковский, справочник врача женской консультации Герасимович, лекции.