***Паспортные данные***

1. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_
2. Дата и год рождения: 03.06.1991г.
3. Возраст: 18 лет.
4. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Место работы, должность: ПГУ, студентка.
6. Зарегистрирована в браке.
7. Дата поступления: 25.03.2009г., 12:40.

***Жалобы***

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на боли внизу живота справа, тянущего характера, не зависящие от времени суток и не связанные с физической или эмоциональной нагрузкой, иррадиирующие в поясничную область.

***Anamnesis morbi***

Пациентка отмечает задержку менструации с 31.07.2008г. Самостоятельно использовала тест на беременность (результат положительный). Течение беременности до обращения в женскую консультацию без особенностей. В женской консультации стоит на учете-срок беременности на момент первого обращения к врачу в женской консультации- 10 недель. Срок беременности, установленный при последнем обращении к врачу, - 34 недели; вес 73 кг, рост 172см АД=110/70мм рт ст.

За время наблюдения в женской консультации беременная была проконсультирована следующими специалистами: 10.10.08: терапевт- патология не выявлена; стоматолог - санирована; отоларинголог – без патологии; окулист - без патологии.

Проведенные обследования и их результаты:

* Группа крови А (II)
* Rh «+» (положит.)
* ЗППП (10.10.08) методом ИФА:

Герпес I-II – отр.

Токсоплазмоз – отр.

Хламидиоз – отр.

Микоплазмоз – отр.

RW (11.07.08) – отр.

ВИЧ (11.07.08) – отр.

Гепатит B; C (11.07.08) – отр.

АФП (14.07.08) – 90 Ме/л

ХГЧ (8.07.08) – 105.000

Заключение: патологии не выявлено.

* общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты),
* биохимический анализ крови (сахар крови, общий белок, билирубин, креатинин, мочевина, фибриноген, ПТИ). В анализах отклонений не выявлено.
* УЗИ (22.10.08 г.) Заключение: Беременность 12 нед.
* УЗИ (6.01.09 г.) Заключение: срок беременности 23 нед.

В результате проведенных УЗИ исследований врожденных пороков развития, внутриутробной задержки развития плода и иной патологии не выявлено. Курс психопрофилактической подготовки к родам прошла.

25 марта 2009 года поступила по направлению из женской консультации в связи с появлением периодических тянущих, ноющих болей в нижней части живота, иррадиирующих в поясничную область, длительностью до 10 минут. Госпитализирована в отделение патологии роддома с диагнозом: беременность 34 недели, угрожающие преждевременные роды.

***Anamnesis vitae***

С раннего детства росла и развивалась нормально. По умственному и физическому развитию от своих сверстников не отставала. Условия быта и труда при беременности и до нее удовлетворительные. Перенесенные заболевания в детстве: ОРЗ, грипп, ветряная оспа, краснуха. В 10 лет перенесла воспаление поднижнечелюстных лимфоузлов (лечилась антибиотиками).

Менструальная функция. Месячные начались в 13 лет, были в течение 4 месяцев нерегулярные, кровянистые выделения длились в течение 5 дней, первые 3 дня - обильные. Затем установился менструальный цикл – 28 дней, продолжительность менструации 3-4 дня, редко отмечает умеренную болезненность в первый, второй день, обильность умеренная. Сексуальная функция. Половая жизнь с 15 лет. Настоящий брак является первым для пациентки, замужем в течение 1 года. При половых сношениях болей и кровянистых выделений не отмечала.

Генеративная функция. Первая беременность. В анамнезе – абортов не было. Секреторная функция. Выделения из половых путей – бели. Воспалительных процессов наружных гениталий не было. Зуда и жжения в области вульвы и влагалища не отмечала.

Вредные привычки беременная отрицает. Муж курит в течение многих лет (около 5 лет). Возраст мужа 18 лет (1-й брак).

Аллергоанамнез: непереносимость пенициллина.

Гемотрансфузий не переносила.

Наличие в семье инфекционных заболеваний, туберкулеза, гепатитов, онкологических заболеваний отрицает. Сахарного диабета, гипертонической болезни у родственников не было.

***Status prаesens***

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, конституция нормостеническая.

Рост 172 см, вес 60 кг до беременности, а на момент госпитализации- 73.2 кг. Индекс массы тела составляет 20,3, данный показатель является нормой. Соотношение массы тела и роста по индексу Брока (масса тела, кг / (рост, см – 100) ⋅ 100%) составляет 83,3, данный показатель является нормой. Температура тела 36,40С.

Кожные покровы и видимые слизистые влажные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Молочные железы соответствует стадии зрелой груди.

Мышцы развиты удовлетворительно, тонус сохранен. Сила мышц сохранена (5 баллов). При пальпации мышцы безболезненны.

Суставы нормальной конфигурации, движения сохранены.

*Система органов дыхания*

*Осмотр****:***грудная клетка правильной формы (нормостеническая), определяется сглаженность над- и подключичных ямок, умеренная ширина межрёберных промежутков, направление рёбер косое, эпигастральный угол тупой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Выпячивания или втягивания межрёберных промежутков при дыхании не отмечается. Западения и выбухания грудной клетки нет. Дыхание ровное, через естественные дыхательные пути, ритмичное, число дыхательных движений 18 в минуту. Дыхание средней глубины. Движение грудной клетки симметричное с обеих сторон. Тип дыхания грудной. Окружность грудной клетки при спокойном дыхании-95 см, при глубоком вдохе - 101 см, при полном выдохе-92 см.

*Пальпация****:*** грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание проводиться одинаково на симметричные участки.

*Перкуссия****:*** при сравнительной перкуссии над различными областями грудной клетки ясный легочный звук на симметричных участках. При топографической перкуссии верхние границы легких спереди на 3 см выше ключицы, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижние границы легких: высота стояния верхушек легких спереди - 5 см от середины ключицы; ширина полей Кренига - 7 см; нижние границы легких - см. табл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Окологрудинная линия  | VI межреберье | - |
| Срединоключичная  | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка |  Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация:* над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов: хрипов, крепитации, шума трения плевры, плевроперикардиального шума не выявлено.

*Бронхофония:*над симметричными участками грудной клетки одинаковая.

*Сердечно-сосудистая система*

*Осмотр головы и шеи***:** патологического румянца, акроцианоза не выявлено. Пульсации сосудов не отмечается. Шейные вены не набухшие, надключичные ямки сглажены. Пляски каротид не выявлено. Синдром Мюссе отрицательный.

*Осмотр области сердца***:** выпячивания области сердца нет. При осмотре области сердца деформации нет. Видимая пульсация в области сердца и надчревной области отсутствуют.

*Пальпация***:**верхушечный толчок находится в V межреберье слева на 1,5 см кнутри от срединоключичной линии. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не определяются. Диастолического дрожания на верхушке и систолического дрожания на аорте не выявлено.

*Перкуссия:*

**границы относительной сердечной тупости:**

правая – в IV межреберье по правому краю грудины,

левая – на 1,5 см кнутри от срединоключичной линии в V межреберье; верхняя – по верхнему краю III ребра на 1см кнаружи от левой грудинной линии.

Поперечник сердца 13 см.

Ширина сосудистого пучка 6 см. Конфигурация сердца нормальная.

**границы абсолютной сердечной тупости:**

правая – по левому краю грудины в IV межреберье;

левая – 1см кнутри от срединоключичной линии в V межреберье; верхняя – по верхнему краю IV ребра на середине расстояния между парастернальной и срединоключичными линиями.

*Аускультация:* тоны сердца ритмичные во всех точках аускультации, частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту.

*Первый тон* - на верхушке сердца в области проекции митрального клапана (на 1,5 см кнутри от срединоключичной линии в V межреберье) совпадает с верхушечным толчком и пульсацией сонных артерий, следует после длинной диастолической паузы. Низкий,продолжительный.

*Второй тон -* во II межреберье справа от грудины (аортальный клапан) и во II межреберье слева от грудины (пульмональный клапан), во время диастолы после короткой паузы.Высокий,продолжительный.

Дополнительные тоны (экстратоны) сердца: III (протодиастолический) тон, IV(пресистолический) тон; а также шумы (внутрисердечные и внесердечные) не выслушиваются.

***Исследование сосудов.*** При осмотре и пальпации височных, сонных, лучевых, подколенных артерий, артерий тыла стопы наличия пульсации, ригидности и извитости артерий не выявлено.

Пульс 78 ударов в минуту, симметричный, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения на обеих лучевых артериях.

Дефицит пульса отсутствует. Артериальное давление 110 и 70 мм рт.ст. на левой руке. На правой – 110 и 70 мм рт.ст. Среднее АД= 90 (N).

Венозной сети на груди и животе не обнаружено. Вены на нижних конечностях без уплотнений, безболезненные.

##### *Органы пищеварения.*

*Осмотр:* язык бледно-розового цвета, покрыт белым налетом, трещины отсутствуют. Слизистая полости рта бледно-розового цвета, геморрагий и изъязвлений нет.

Миндалины не увеличены. Запах изо рта отсутствует. Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Живот увеличен за счёт беременной матки в форме продольного овоида. Пеpистальтика не наpушена.

Участвует в акте дыхания, видимая перистальтика отсутствует, пупок втянут. Окружность живота на уровне пупка 93-99см.

*Перкуссия:* звук тимпанический, перкуторных признаков наличия свободной жидкости в брюшной полости нет.

*Пальпация:*

**Пpи поверхностной ориентировачной пальпации**- живот мягкий, безболезненный; симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный; расхождений прямых мышц и грыжевых выпячивания не обнаружено.

Наличия поверхностно расположенных опухолевых образований не выявлено.

*Аускультация:* выслушивается кишечный шум.

Шум трения брюшины, сосудистые шумы (в области проекции брюшной аорты, почечных артерий) отсутствуют.

*Перкуссия*границы печени по Курлову:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Верхняя граница | Нижняя граница | Размеры печени  |
| Правая срединно-ключичная линия | VI ребро | по реберной дуги | 9 см |
| Передняя срединная линия |  | Граница верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка | 8 см |
| Левая реберная дуга |  | На уровне левой парастернальной линии | 7 см |

*Пальпация печени:* край печени - у края реберной дуги, тонкий, мягкий, безболезненный, гладкий.

**Желчный пузырь** не пальпируется.

Симптомы Ортнера, Мюсси, Кера, Мерфи, Лепена, Захарьина, Василенко – отрицательные.

*Аускультация:*наличие шума трения брюшины в области правого подреберья не выявлено.

**Селезенка.**

*Осмотр:*наличия ограниченного выпячивания в области левого подреберья и ограничения этой области в дыхании не выявлено.

*Перкуссия:*длинник селезёнки расположен по X ребру и составляет 7-8 см; поперечник- 5-6 см.

*Пальпация:* селезёнка не пальпируется в положении лёжа на боку.

*Аускультация:*наличие шума трения брюшины в области левого подреберья не выявлено.

**Поджелудочная железа** не пальпируется.

*Органы мочевыделения.*

*Осмотр:* в поясничной области наличия гиперемии кожи, сглаживания контуров, припухлости в области почек, наличия ограниченного выбухания в надлобковой области не наблюдается.

*Пальпация:* почки не пальпируются

*Перкуссия:* поколачивание в поясничной области безболезненное с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

##### *Нервная система*

Обоняние, вкус не искажены.

Органы зрения: подвижность глазных яблок нормальная, косоглазия нет;

Слух и вестибулярный аппарат: функции не нарушены.

Акт глотания не нарушен. Движение языка функционально удовлетворительны. Расстройств речи нет.

Координации движений адекватные. Гиперкинезы: клонические и тонические судороги отсутствуют. Дрожания нет. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено.

Сознание ясное. Пациентка ориентирована в месте и времени правильно. Настроение спокойное, сон не нарушен. Умственное развитие соответствует возрасту.

*Эндокринная система.*

Части тела развиты пропорционально. Симптомы гипо- и гипертиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерных для акромегалии, нет. Форма глазных щелей обычная. Нарушений веса (ожирение, истощение) нет. Пигментации кожного покрова не обнаружено. Рост волосяного покрова соответствует возрасту и полу. Выпадения волос нет. Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Щитовидная железа не пальпируется.

*Специальное акушерское исследование.*

1. Наружный осмотр живота: живот увеличен за счет беременной матки, имеет форму продольного овоида, окружность живота =93 см, высота стояния дна матки= 33см. Предполагаемая масса плода 2700г. Матка в гипертонусе. Выслушиваются сердечные тоны плода - ясные, ритмичные, 136 уд/мин, наиболее отчетливо слышны справа, ниже пупка.

2. Наружное акушерское исследование с применением методов Леопольда-Левицкого.

*Первый приём:* определяется высота стояния дна матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, в дне матки крупная округлая, менее плотная и гладкая часть - ягодицы

*Второй приём:* проводится с целью определения позиции и вида плода.

Положение - продольное (продольная ось плода совпадает с продольной осью матки).

Позиция – вторая (спинка плода в виде равномерной площадки, обращена к правой боковой поверхности матки). На левой боковой поверхности определяются пальпаторно мелкие части плода в виде небольших выступов, меняющих положение).

Вид – задний (отклонение плода к передней стенке матки).

*Третий приём:* определяется округлая, плотная, не баллотирующая головка.

*Четвёртый приём*: проводится с целью определения положения предлежащей части плода по отношению к плоскостям малого таза.

Пальцы обеих рук сходятся друг с другом.

Результат: при проведении 4-х приёмов пальпации Леопольда – Левицкого можно сделать следующий вывод:

положение плода – продольное.

позиция плода – вторая.

вид плода – задний.

предлежание плода – головное.

3.Наружная пельвиометрия:

* + distancia spinarum=25 см
	+ distancia cristarum=27 см
	+ distancia trohanterica=28 см
	+ conjgata externa=20 см
	+ прямой размер выхода таза=10 см
	+ поперечный размер выхода таза=11,5 см
	+ высота лона=4 см
	+ лонный угол=90
	+ индекс Соловьева=14 см.

ромб Михаэлиса: вертикальный размер=9 см, горизонтальный –10см.

Данные наружной пельвиометрии соответствуют норме.

4.Подсчет индексов таза.

Сумма размеров таза (distancia spinarum, distancia cristarum, conjgata externa, distancia trohanterica) 100.

Истинная коньюгата (c.externa-9) =11 см

Индекс Файнберга: (индекс Соловьева +3)/с.ext. (14+3)/20=0,85.

Индексы таза соответствуют норме.

1. Подсчет срока беременности на день курации 26.03.2009г.
* по первому дню последних месячных 31.07.08 г. – дата первого дня последних месячных, значит срок беременности на 26.03.09 г. составляет 34 нед.
* по дню первой явки в женскую консультацию: первая явка 10.10.08 г., выставлена беременность 10 нед. На 26.03.09г. срок беременности = 10 + 24 = 34 нед.
* определение срока беременности по данным УЗИ (06.01.2009г.) 23 недели. На 26.03.09г. срок беременности = 10 + 11 = 34 нед.
* по первому шевелению плода: (чаще соответствует 20 нед. беременности у первородящей; первое шевеление плода почувствовала 07.12.08 г.) расчет срока беременности на 26.03.09г. по дате первого шевеления плода: 21+13=34 нед.

Определение срока родов:

* по первому дню последних месячных (31.07.2008г.) - от даты первого дня последней менструации отсчитываем назад 3 календарных месяца и прибавляем 7 дней – 07.05.2009г.
* по дню первого обращения в женскую консультацию 10.10.08 г., выставлена беременность 10 нед +30 нед. – 07.05.2009г.
* определение срока родов по данным УЗИ (6.01.2009г.) 23 нед. + 17 нед. - 07.05.2009г
* по первому шевелению плода-7.12.08, что соответствует 21 нед. +19 нед.

Итого ожидаемый срок родов-07.05.2009г.

1. Оценка пренатальных факторов риска.

Социально-биологические:

- возраст матери 18 лет – 2 балла;

Беременная относится к группе низкого риска.

1. Status gynoecologicus.
	1. Наружный осмотр половых органов. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Отделяемое из уретры и парауретральных ходов отсутствует.
	2. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотична. Шейка матки без нарушения эпителиального покрова. Шейка матки частично размягчена по периферии, отклонена кзади, длиной 2 см. Выделения слизистые, в незначительном количестве, без запаха.
	3. Влагалищное исследование 25.03.09. Цервикальный канал проходим для одного поперечного пальца до внутреннего зева. Через передний свод влагалища определяется головка над входом в малый таз. Мыс не достижим. Матка увеличена до 34 недель беременности, мягкая, при пальпации оплотневает, остается в тонусе длительное время. В области придатков матки опухолевидных образований не пальпируется. Оценка зрелости шейки матки по Бишопу: консистенция шейки плотная, длина шейки более 2см, наружный зев замкнут, шейка отклонена кзади- 0 баллов, шейка матки незрелая. Conjgata diagonale > 12 см. Костных экзастозов и деформации в малом тазу нет.

***Предварительный диагноз***

Беременность 34 недели. Продольное положение. Головное предлежание. Угрожающие преждевременные роды.

Обоснование предварительного диагноза

Диагноз «беременность» поставлен на основании данных анамнеза, данных осмотра. Пациентка отмечает задержку месячных с 31.07.2008г. Самостоятельно использовала тест на беременность – результат положительный. При наружном акушерском исследовании с применением методов Леопольда-Левицкого пальпируются части плода - головка, спинка и мелкие части, при аускультации выслушиваются сердечные тоны плода, движения плода (первое шевеление 7 декабря 2008г.), УЗИ признаки беременности.

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 (06.01.09 г.): Плод живой, один, головное предлежание, первая позиция.

Срок беременности 34 недели ставится на основании расчетов по первому дню последних месячных (31.07.2008г.) и по дню первого обращения в женскую консультацию (5.10.2008г.), а также по данным влагалищного исследования (матка увеличена до 34 недель), УЗИ и первому шевелению плода, по высоте стояния дна матки 34 см над лоном.

Диагноз угрожающие преждевременные роды поставлен на основании:

* жалоб при поступлении на периодические тянущие, ноющие боли с иррадиацией в поясничную область в нижней части живота;
* на основании данных бимануального исследования – матка при пальпации легко возбудима.
* данных анамнеза: 23 марта внезапно к вечеру появились периодические тянущие, ноющие боли с иррадиацией в поясничную область в нижней части живота.

***Этиология и патогенез основного заболевания***

Этиологические факторы недонашивания беременности сложны и многообразны. Это создает значительные трудности в диагностике, выборе методов лечения и профилактике недонашивания беременности.

Основные причины прерывания беременности:

- Генетические.

-Нейро-эндокринные (гиперандрогения надпочечникового генеза, гиперандрогения яичникового генеза, нарушения функции щитовидной железы и др.).

- Инфекционные заболевания женских половых органов, общие инфекционные заболевания.

- Аномалии развития женских половых органов.

- Генитальный инфантилизм.

- Миома матки.

- Экстрагенитальные неинфекционные заболевания матки.

- Осложненное течение беременности.

- Истмико-цервикальная недостаточность.

*Генетические заболевания.* Важную роль в этиологии самопроизвольных выкидышей в ранние сроки беременности играют хромосомные нарушения, приводящие к гибели эмбриона. Так до 6 недель беременности частота хромосомных нарушений составляет 70%, в 6 - 10 недель - 45% и до 20 недель - 20%. При цитологическом исследовании выявляют различные варианты хромосомных аберраций (трисомия, моносомия, транслокация и др.). Большинство хромосомных нарушений наследственно не обусловлены и возникают в гаметогенезе родителей или на ранних стадиях деления зиготы.

*Нейро-эндокринные заболевания*. В случае развития гиперплазии сетчатой зоны коры надпочечников или образования в ней опухоли, которая ведет к атрофии других слоев надпочечников, адреногенитальный синдром может сочетаться с болезнью Аддисона. При гиперплазии сетчатой и пучковой зоны коры надпочечников развиваются адреногенитальный синдром и синдром Кушинга. Такие тяжелые поражения коры надпочечника для недонашивания не характерны.

*Стертые формы* синдрома Кушинга могут быть причиной недонашивания беременности. Синдром Кушинга развивается, как следствие гиперплазии пучковой зоны коры надпочечников и, так же как адреногенитальный синдром, может быть обусловлен гиперплазией или опухолью. При недостаточности надпочечников (болезнь Аддисона) также отмечают высокую частоту ранних и поздних выкидышей.

Из всех заболеваний, которые сопровождаются гиперандрогенией яичникового генеза, наибольшее значение в проблеме недонашивания имеет *синдром Штейна-Левенталя*, который имеет несколько форм. Благодаря успехам терапии женщины, страдающие этим заболеванием, могут иметь беременность, которая часто протекает с явлениями угрозы прерывания. При этом наблюдается высокая частота самопроизвольного выкидыша. В основе синдрома Штейна-Левенталя лежит нарушение стероидогенеза в яичниках.

При выраженной *гипофункции щитовидной железы*, как правило, возникает бесплодие, а при легких формах - невынашивание беременности. При гиперфункции щитовидной железы невынашивание встречается не чаще, чем в популяции. При тяжелой форме гипертиреоза беременность противопоказана.

*Инфекционные заболевания* женских половых органов, общие инфекционные заболевания. Одной из частых причин недонашивания беременности являются инфекционные заболевания латентно протекающие, такие, как хронический тонзиллит, микоплазменная инфекция, хронические воспалительные заболевания женских половых органов, хламидиоз, вирусные заболевания.

*Аномалии развития матки* в последние годы выявляют несколько чаще благодаря совершенствованию методов исследования (гистеросальпингография, ультразвуковое сканирование). Среди женщин, страдающих недонашиванием беременности, пороки развития матки отмечены в 10,8%-14,3% наблюдений. Причины нарушения репродуктивной функции большинство исследователей видят в анатомо-физиологической неполноценности матки, сопутствующей ей истмико-цервикальной недостаточности и гипофункции яичников.

*Пороки развития женских половых органов* нередко сочетаются с аномалиями развития мочевыводящей системы, так как эти системы характеризуются общностью онтогенеза. При невынашивании беременности наиболее часто встречают следующие виды аномалий развития матки: внутриматочная перегородка (чаще неполная), двурогая, седловидная, однорогая и очень редко двойная матка.

Механизм прерывания беременности при некоторых пороках развития матки связан не только с гипофункцией яичников, но и с нарушением процесса имплантации плодного яйца, недостаточным развитием эндометрия, вследствие неполноценной васкуляризации органа, тесными пространственными взаимоотношениями, функциональными особенностями миометрия.

*Генитальный инфантилизм* характеризуют недоразвитие женских половых органов и различные нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Определение уровня рецепции в эндометрии дало возможность подтвердить предположение, что в организме женщины имеется неадекватная тканевая реакция на гормоны яичников.

*Миома матки* - одна из причин прерывания беременности. По данным Е. М. Вихляевой и Л. Н. Василевской (1981 г), у каждой 4-5-ой больной с миомой матки беременность осложнена угрозой прерывания, а самопроизвольные выкидыши наблюдали у 5-6% больных. Преждевременное прерывание беременности при миоме матки может быть обусловлено высокой биоэлектрической активностью миометрия и усилением ферментативной активности сократительного комплекса матки. Иногда угроза прерывания беременности обусловлена нарушением питания в узлах или их некрозом.

*Экстрагенитальные заболевания* матери являются одной из частых причин прерывания беременности (сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, хронические заболевания легких, почек, печени и др.).

*Осложненное течение беременности*. Среди факторов прерывания беременности большое значение имеет ее осложненное течение. Токсикозы, в особенности тяжелые формы как ранние, так и поздние приводят к прерыванию беременности. Сюда же можно отнести неправильные положения плода, аномалии прикрепления плаценты, отслойку нормально расположенной плаценты, многоплодие, многоводие, маловодие.

*Истмико-цервикальная недостаточность* встречается от 20% до 34% случаев и может быть травматической (анатомической) и гормональной. В первом случае недостаточность шейки матки обусловлена травмой шейки матки в области внутреннего зева, во втором - гормональной недостаточностью (недостаточность продукции прогестерона).

Важное место в этиологии преждевременных родов играют *травматические повреждения*: травма как физическая так и психическая. Чаще травмы самой матки (как основное плодовместилище). Основной причиной этих травм являются операции искусственного аборта. При аборте травмируется шейка матки.

Редко бывает одна причина преждевременных родов как правило, они сочетаются с другими причинами: изосерологическая несовместимость по резус фактору, аборты в анамнезе и другие.

Патогенез преждевременных родов до конца не изучен, однако известно, что они наступают вследствие патологических процессов либо идиопатической ранней активации родовой деятельности. Для объяснения механизма начала родов предложены следующие теории: 1) падения уровня прогестерона; 2) окситоциновой стимуляции; 3) децидуальной активации. Лучше всего изучена теория падения уровня прогестерона, предложенная американскими учеными на основании наблюдений за сукотными овцами. Согласно ей, с приближением родов повышается чувствительность надпочечников плода к адренокортикотропному гормону (АКТГ), и в результате усиливается секреция кортизола. Кортизол плода повышает активность плацентарной 17 \_гидроксилазы, что приводит к снижению скорости синтеза прогестерона и усиленной выработке эстрогенов. Изменение соотношения эстрогенов и прогестерона стимулирует синтез простагландинов, запуская каскад событий, приводящих в итоге к началу родов.

***У данной пациентки*** причину угрожающих преждевременных родов выяснить не удалось. Можно предположить идиопатическую причину заболевания у данной пациентки, а также влияние социально-бытовых условий и молодой возраст пациентки.

***План обследования***

* 1. ОАК – общеклинический метод обследования, направленный на определения количества форменных элементов в крови, возможной диагностики воспалительных процессов.
	2. ОАМ - общеклинический метод исследования, направленный на диагностику сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы.
	3. Биохимический анализ крови.

Определение уровня общего белка – для оценки активности белкового обмена, билирубина – для диагностики функциональной активности печени, креатинина, мочевины – для оценки детоксикационной способности почек; ПТИ, фибриногена - с целью определения активности свертывающей системы крови, глюкозы - с целью диагностики нарушения углеводного обмена.

* 1. Ультразвуковое сканирование на данном сроке беременности: позволяет выявить эхографические признаки угрозы преждевременных родов.
	2. Бактериологическое исследование из цервикального канала, микроскопия мазков по Грамму.
	3. ЭКГ для оценки работы сердца.
	4. Проведение кольпоскопии, цитологии мазков с шейки матки.
	5. Для исключения TORCH-инфекции – обследование ИФА и ПЦР.
	6. УЗИ почек.
	7. КТГ плода (оценка состояния плода и исключение гипоксии плода).

***План ведения беременной***

1. Необходимо проведение обозначенных выше методов обследования, беременная планируется вестись консервативно, с терапией направленной на сохранение беременности.
2. Оценка клинического течения беременности.
3. Пренатальный скрининг.
4. Консультации терапевта, окулиста.

***Данные лабораторных и инструментальных исследований***

Общий анализ крови (26.03.2009г.):

Гемоглобин – 120 (норма 118 – 166 гр./л.)

Эритроциты – 4,4 (норма 4 – 5 ∙ 1012 /л)

Цветовой показатель – 0,89 (норма – до 1)

Лейкоциты – 6,9 (норма 5 – 8 ∙109/л)

Палочкоядерные нейтрофилы – 3 (норма – 1- 6%).

Сегментоядерные нейтрофилы – 58 (норма – 45 – 70%)

Эозинофилы – 1 (норма – 0 – 5%)

Лимфоциты – 31 (норма – 18 – 40%)

Моноциты – 7 (норма – 2 – 9%)

Тромбоциты - 212 (норма - 200 – 400 ∙109/л)

СОЭ – 20 (норма 1 – 16 мм/ч).

В общем анализе крови патологии не выявлено.

Общий анализ мочи (26.03.2009г.):

* цвет соломено-желтый;
* прозрачная,
* удельный вес - 1015;
* белок отрицательный;
* лейкоциты 0-1 в поле зрения;

В общем анализе мочи патологии не выявлено.

Биохимический анализ крови (26.03.2009г.):

Общий белок – 74 ммоль/л (норма 65 – 85 ммоль/л)

Мочевина – 3,0 ммоль/л (норма 2,5 – 8,3 ммоль/л)

Билирубин – 7,4 ммоль/л (норма 8,5 – 20,5 ммоль/л)

Глюкоза – 3,5ммоль/л (норма 3,5 – 5,5 ммоль/л)

Креатинин – 77 ммоль/л (норма 44 - 132 ммоль/л)

Фибриноген – 5,4 (норма – 4 – 6 г/л)

ПТИ – 9,5% (норма – 6,9 – 10,5%)

В биохимическом анализе крови патологии не выявлено.

ЭКГ (27.03.2009г.):

Ритм синусовый, правильный. ЧСС= 76 ударов в минуту, положение электрической оси нормальное. Патологии не выявлено.

УЗИ почек (11.04.2008г.):

Левая почка- 104х52 мм

Паренхима- 18 мм

Правая почка- 106х52 мм

Паренхима- 18 мм

Чашечки и лоханки не расширены. Конкременты не обнаружены.

Патологии почек не выявлено.

***Клинический диагноз***

*Беременность 34 недели. Продольное положение. Головное предлежание. Угрожающие преждевременные роды.*

Обоснование клинического диагноза

Диагноз «беременность» поставлен на основании данных анамнеза, данных осмотра. Пациентка отмечает задержку месячных с 31.07.2008г. Самостоятельно использовала тест на беременность – результат положительный. При наружном акушерском исследовании с применением методов Леопольда-Левицкого пальпируются части плода - головка, спинка и мелкие части, при аускультации выслушиваются сердечные тоны плода, движения плода (первое шевеление 7 декабря 2008г.), УЗИ признаки беременности.

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 (06.01.09 г.): Плод живой, один, головное предлежание, первая позиция.

Срок беременности 34 недели ставится на основании объективного осмотра: живот увеличен за счет беременной матки, имеет форму продольного овоида, окружность живота =93 см, высота стояния дна матки= 33см, расчетов по первому дню последних месячных (31.07.2008г.) и по дню первого обращения в женскую консультацию (5.10.2008г.), а также по данным влагалищного исследования (матка увеличена до 34 недель), УЗИ и первому шевелению плода.

* Диагноз «угрожающиепреждевременные роды» поставлен на основании наличия невыраженных тянущих болей внизу живота, не зависящих от времени суток и не связанных с физической или эмоциональной нагрузкой, иррадиирующих в поясничную область, на основании данных бимануального исследования – матка при пальпации легко возбудима. При осмотре в зеркалах - шейка матки частично размягчена по периферии.

***Лечение***

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 валерианы по 20-30 капель 3 раза в день.

Rp.: T-rae Valerianae 30 ml

D. S. Принимать внутрь по 20 – 30 капель 3 раза в сутки.

1. Диета №15.
2. Sol. Magnesii sulfatis 25%-20,0 развести в 200 мл 5% р-ра глюкозы в/в-капельно, медленно 1 р/сут.
3. Физиотерапевтическое лечение:

- электрофорез сульфата магния на низ живота №10.

***Дневники наблюдения***

*26.03.2009г.* Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски, периферические лимфатические узлы не пальпируются. АД= 110 и 70 мм рт.ст. ЧСС=Ps= 78 уд./мин. ЧДД= 18 в минуту. Температура тела= 36,4º. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременности, при пальпации матка невозбудима. Диурез адекватен (1050 мл). Стул в норме. Выделения из половых путей слизистые, в незначительном количестве, без запаха. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.- 136 ударов в мин. Воды целы, отеков нет.

*27.03.2009г.* Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски, периферические лимфатические узлы не пальпируются. АД= 100 и 60 мм рт ст, ЧСС=Ps= 75 ударов в минуту, ЧДД= 16 в минуту, температура тела 36,6º. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременности, при пальпации матка возбудима. Диурез адекватен(1100 мл). Стул в норме. Выделения из половых путей слизистые, в незначительном количестве, без запаха. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.- 130 ударов в мин. Воды целы, отеков нет.

*28.03.2009г.* Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски, периферические лимфатические узлы не пальпируются. АД= 110 и 70 мм рт ст, ЧСС=Ps= 72 ударов в минуту, ЧДД= 16 в минуту, температура тела 36,8º. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременности, при пальпации матка невозбудима. Диурез адекватен(1000 мл). Стул в норме. Выделения из половых путей слизистые, в незначительном количестве, без запаха.

***Список используемой литературы***

* + 1. Павлов О.Г., Иванов В.П. Журнал: «Акушерство и гинекология» №3, 2005.-с.8-10 «Преждевременные роды»
		2. Нагнибеда А.Н., Павлова Л.П. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе. Справочник. Санкт-Петербург, СпецЛит, 2000г
		3. Информационно-образовательный вестник «Здоровье семьи», №1, 2008 г.-«Преждевременные роды».
		4. Савельева Г.М. Акушерство. Учебное пособие. Москва, Медицина, 2000г, с.289-300