**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

# Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### **Возраст**: 18 лет 22.05.81.

**Семейное положение**: замужем

**Образование**: среднее

**Профессия**: студентка

**Дата и час поступления**: 2 февраля 2000 года 12ч.05 мин.

## Дата и час начала курации: 15 февраля 2000 года 9ч.10 мин.

**Жалобы на момент курации:** на периодически повторяющиеся схваткообразные боли внизу живота, головокружение.

## ИЗ АНАМНЕЗА

## ДЕТОРОДНАЯ ФУНКЦИЯ: первая беременность в 16 лет (1998 год), завершилась искусственным медицинским абортом в сроке 6 недель по причине не желания рожать, течение послеабортного периода без осложнений. Настоящая беременность вторая, желанная.

**ANAMNESIS VINAE:** Родилась в селе Успенка Тюменской области, в благополучной семье. В школу пошла с 7 лет, окончила 11 классов, затем поступила в торгово-коммерческий техникум № 57, где учится по сей день. В настоящее время проживает в благоустроенной квартире вместе с родителями, мужем, братьями и сестрами (всего 8 человек). Условия жизни, профессиональной деятельности считает удовлетворительными.

Наследственность по линии отца и матери пациентки и ее мужа не отягощена, здоровье близких родственников соответствует возрасту. Венерические заболевания, туберкулез, заболевание обмена веществ, психические заболевания, вирусный гепатит в семье у больного не наблюдается. Гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

### ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ОБЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ примерно 2 раза в год, хронических заболеваний нет

### МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ: месячные с 12 лет, установились сразу по 6 дней через 24 дня, регулярные, умеренные, безболезненные.

**ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ:** половой жизнью живет с 16 лет, брак по счету первый, не зарегистрированный. Возраст мужа 29 лет, со слов беременной физически и психически здоров.

**ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** из перенесенных гинекологических заболеваний отмечает эрозию шейки матки в 16 лет (1998 год). Лечилась амбулаторно, проводилась консервативная терапия (ванночки с корой чайного дерева) – результат положительный. С диспансерного учета снята.

#### ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

**А)** последняя менструация 9 июня 1999 года

**Б)** В женскую консультацию станции Тюмень обратилась 15 июля 1999 года по причине задержки менструального цикла течение 5 дней. Встала на учет с определенным сроком беременности 4-5 недель. Женскую консультацию посещала регулярно – 2 раза в месяц (всего 20 раз). Проведенное обследование:

**УЗИ органов малого таза:**

от 6.09.99 Заключение: Беременность 12-13 недель. Краевое предлежание плаценты

от 11.10.99 Заключение: Беременность 17 недель. Гипертонус миометрия. Низкое положение плаценты

от 15.11.99 Заключение: Беременность 22-23 недели. Низкое положение плаценты. Пол плода мужской

**Данные лабораторных исследований:**

Группа крови АО(II) Rh + (положительная).

Кровь на RW и ВИЧ – отрицательно (в течение всей беременности)

Общий анализ крови. 30.07.99

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Эритроциты | 3.45х1012/л |
| Гемоглобин | 106 г/л |
| Тромбоциты | 203х103/л |
| Лейкоциты | 6.4х109/л |
| СОЭ | 30 мм/ч |

Заключение: имеется анемия легкой степени, ускорение СОЭ, тромбоцитопения

Биохимический анализ крови. 30.07.99.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Общий белок | 65.6 г/л |
| Мочевина | 3.0 ммоль/л |
| Креатинин | 48.5 мкмоль/л |
| Глюкоза | 4.4 ммоль/л |
| Билирубин общий | 17,4 мкмоль/ь |
| Билирубин прямой | 0 мкмоль/л |
| Билирубин непрямой | 17,4 мкмоль/л |
| АЛТ | 0.58 |
| АСТ | 0.25 |
| ПТВ | 15 секунд |
| ПТИ | 93% |
| Фибриноген | 3.5 г/л |
| Этаноловый тест | Отрицательный |

Заключение: имеется снижение показателей фибриногена и ПТИ, что может быть связано с анемией.

Динамика артериального давления - в течение беременности колеблется от 100/60 мм.рт.ст на левой и правой руке до 70/40 мм.рт.ст на левой и правой руках.

Рекомендовано - режим общий щадящий, избегать физических, психических напряжений и зрительных перегрузок.

**Лечение в стационаре:** с 10.09.99 по 27.09.99 находилась в гинекологическом отделении районной больницы с диагнозом: Угроза преждевременных родов. В стационаре проведено консервативное лечение, направленное на сохранение беременности: магнезия сульфат внутривенно, раствор глюкозы внутривенно (со слов, т.к. документальных подтверждений не предоставлено). Пациентка выписана с улучшением состояния.

В дальнейшем беременность протекала без особенностей, жалоб беременная не предъявляла.

**В)** дата первого шевеления плода – 6 октября 1999 года

**Явка в женской консультации 2 февраля 2000 года:**  обратилась с жалобаминарезкие боли внизу живота и в пояснице, слабость. Направлена на госпитализацию в 4 родильный ром с диагнозом:

**Диагноз при поступлении:**

**Диагноз основной:** беременность 32-33 недели. Положение плода продольное. Головное предлежание. II позиция. Передний вид.

**Осложнения:** угрожающие преждевременные роды, низкое положение плаценты, хроническая плацентарная недостаточность II степени в стадии субкомпенсации.

**Сопутствующий:** отягощенный акушерский анамнез, искусственный медицинский аборт.

**Течение беременности с момента поступления до момента курации** – предъявляет жалобы на периодически повторяющиеся схваткообразные боли внизу живота, головокружение, слабость.

**В стационаре проведено обследование:**

1. Доплерометрия (3.02.2000) Некритическое снижение маточно-плацентарного кровотока.
2. Ультразвуковое исследование (3.02.2000) Угрожающие преждевременные роды в сроке 34-35 недель.
3. Мазок на околоплодные воды: околоплодных вод не обнаружено
4. ЭКГ (3.02.2000) ритм синусовый 70-75 в минуту
5. ОАК (3.02.2000) без патологии

**Рекомендовано:** препараты улучшающие маточный и почечный кровотоки, инфузионная терапия, сохраняющая терапия.

*ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ*

(момент начала курации)

Рост: 164 см

Вес: 63.3 кг

##### Температура тела: 36.5°С

Пульс: 78 уд/мин

АД: 115/60 мм рт ст

##### ЧДД 17

1. общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Телосложение крепкое. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, патологических высыпаний нет. На сосках, ореолах и по средней лини живота отмечается гиперпигментация. Расширенных вен и отёков не наблюдается. Живот овоидной формы. Молочные железы увеличенны в объеме, нагрублены, соски пигментированы, подвижны и удлиненны, при пальпации молочных желез выявляется дольчатая структура, участки уплотнения отсутствуют, при надавливании происходит выделения молозива в малом количестве, лимфатические узлы – подключичные, надключичные, подмышечные и узлы Зоргиуса не пальпируются. Область щитовидной железы при осмотре не увеличена, щитовидная железа не пальпируется.
2. **органы дыхания:** форма грудной клетки соответствует телосложению. Деформации грудной клетки не наблюдается, эпигастральный угол не выражен. Надключичные ямки симметричны, западений и выпячиваний не наблюдается. Межреберные промежутки одинаковые по всей грудной клетке. Грудная клетка участвует в акте дыхания симметрично с обеих сторон. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 17 в 1 минуту. Пальпация безболезненная, грудная клетка эластична с обеих сторон. Голосовое дрожание проводится умерено, симметрично во всех отделах. Перкусия
3. сравнительная - звук симметричен, ясный, лёгочный, патологических перкуторных шумов не наблюдается. Топографическая перкуссия: граница верхнего края правого лёгкого - 3 сантиметра над ключицей, левого 3.5 сантиметра над ключицей.

Граница нижнего края легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | левое легкое |
| L. parasternalis | 4м/р | - |
| L. mediaclavicularis | 5м/р | - |
| L. axilaris anterior | 6м/р | 6 м/р |
| L. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| L. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| L. scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
| L. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

Подвижность нижнего края легкого

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая | Правое легкое | | | левое легкое | | |
| Линия | Вдох | Выдох | сумарн | вдох | выдох | Сумарн |
| L. mediaclavicularis | 3см | 2см | 5см | - | - | - |
| L. axilaris media | 3см | 3 см | 6 см | 3 см | 3 см | 6 см |
| L. scapularis | 3 см | 3 см | 6 см | 2.5см | 3см | 5.5см |

Аускультативно - дыхание ясное, везикулярное, хрипов нет, проводится во все отделы.

1. **органы кровообращения:** локализация верхушечного толчка на 1.5см. кнутри от L. Mediaclavicularis в 5 м/р. Локализован, умеренной силы. Перкуссия: границы относительной сердечной тупости -

правая граница - 4м/р на 1см к наружи от правого края грудины, в 3м/р по краю грудины справа.

Верхняя - по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии

левая - в 3 м/р по парастернальной линии, в 4 м/р на 3 см кнутри от левой срединоключичной линии, в 5 м/р на 1.5 см кнутри от срединоключичной линии.

Аускультативно - сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 78 в 1 минуту, патологических шумов нет, прослушиваются функциональные систолические шумы на клапане аорты. Артерии - стенки эластичные, пульс хорошего наполнения и напряжения, правильной формы, ритмичный, синхронный не симметричных артериях. Артериальное давление 115/60 мм.рт.ст. Вены при пальпации безболезненные, не расширены.

**5. Органы пищеварения:**

Десна обычной окраски, кровоточивости, разрыхлености нет. Зубы – белесоватой окраски, кариозных и искусственных нет. Зев чистый, физиологической окраски. Язык влажный, налета и отека нет. Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. Расхождение прямых мышц живота, "головы медузы", грыжевых выпячиваний не наблюдается. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный. Желудок при пальпации безболезненный, тестообразной консистенции. Печень по краю реберной дуги, край печени ровный безболезненный, ординаты Курлова 9(0)х8х7. Селезенка не пальпируется, ординаты по Курлову 06/4. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски и цвета (со слов).

**6. органы мочевыделения:**

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация мочеточниковых точек безболезненная. Пальпация почек невозможна из-за беременной матки. Диурез в норме (со слов).

**7. нервная система и органы чувств:**

Память и сон считает удовлетворительными, настроение приподнятое, раздражительности и плаксивости не отмечается, вступает в контакт охотно. Слух в норме; шепотная речь – 6 метров. Зрачки одинаковой величины, реакция на свет, прямая и содружественная, живая и симметричная.

***Специальное акушерское исследование***

1. **размеры таза:** при осмотре таза – таз нормальной конфигурации, соответствует конституциональным особенностям беременной. *Измерене таза производят тазомером. Размеры таза -* *distancia spinarum – растояние между передневерхними остями подвздошных костей, distancia cristarum – расстояние от наиболее отдаленных точек гребней подвздошных костей, distancia trochanterica – расстояние между большими вертелами бедренных костей, сonjugata externa - расстояние между серединой верхненаружнего края симфиза и надкрестцовой ямки, измерение производят когда женщина лежит на боку.*
2. **Крестцовый ромб:** *крестцовый ромб или ромб Михаэлиса это площадка на задней поверхности крестца: верхний угол ромба составляет углубление между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня (размер Тридандания), боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей (размер Лицтмана).* Крестцовый ромб имеет правильную ромбоидную форму.
3. **Индекс Соловьева:** *индекс Соловьева это окружность костей предплечья в области пястного сустава, по нему судят о толщине тазовой кости.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии измерения | Норма | Истина |
| Distancia spinarum | 25 – 26 см. | 26 см. |
| Distancia cristarum | 28 – 29 см. | 29 см. |
| Distancia trochanterica | 30 – 31 см. | 33 см. |
| Conjugata externa | 20 – 21 см. | 21 см. |
| Размер Тридандания | 12 см. | 12 см. |
| Размер Лицтмана | 11 см | 11 см. |
| Индекс Соловьева | 14 – 16 см. | 15 см. |

1. **Высота стояния дна матки над лоном:** *это расстояния между лоном и наиболее выдающейся точкой дна матки* = 27 сантиметрам
2. **Окружность живота:** *это линия проведенная спереди через пупок и серединой крестца сзади* = 97 сантиметрам

**6. Длина плода, прямой размер головки. Предполагаемый вес плода*:*** *длину плода мы измеряем следующим образом – от высоты стояния дна матки отнимаем 3-5 сантиметров в зависимости от толщины стенок* – 25 сантиметров. Прямой размер головки = 11 сантиметров. Предполагаемый вес плода высчитывается по 2 формулам: 1 – по Вольскому *ОЖ (объем живота) Х ВДМ (высоту дна матки)* = 27х97=2620 грамм; 2 – по Якубовой *ВДМ + ОЖ/4х100* 27+97/4х100 = 3100 грамм.

**7. 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, пальцы 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 та же 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.*

**Заключение:** По данным наружного акушерского исследования определила, что плод имеет головное предлежание, находится в продольном положении, переднем виде и второй позиции. Матка находится в тонусе, расслабляется.

**8. Сердцебиение плода:**  аускультация проводится акушерским стетоскопом. При аускультации пытаемся уловить следующие звуки: сердечные тоны плода, шумы от движений плода, шумы пуповины. В даном случае из этих звуков отчетливо улавливается только сердцебиение плода, которое выслушивается в виде ритмичных двойных ударов,ясное, ритмичное, ЧСС 140 в одну минуту *(норма 120 – 140 в 1 минуту).* Место наилучшего выслушивания – ниже пупка справа от срединой линии тела.

**9. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы сформированы правильно, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение по женскому типу.

**10. Влагалищное исследование:** per speculum - шейка отклонена влево и кзади, наружный зев на середине расстояния между верхним и нижним краем симфиза. Слизистая влагалища обычной окраски, отмечаются слизистые, прозрачные выделения.

Per – vaginаm шейка нерожавшей женщины, плотной консистенции, влагалишная часть сохранена, наружный зев закрыт, толщина стенки 2 сантиметра. Нижний сегмент матки не истончен и не разрыхлен, подлежащая часть определяется неточно. Экзостозов нет. Воды целы. Выделения слизистые.

**Диагноз:** беременность 35 недель. Положение плода продольное. Головное предлежание. II позиция. Передний вид.

***Лабораторные данные.***

* Общий анализ крови от 03.02.2000 Эр – 3,45х1012г/л, СОЭ – 52мм.час, Hb – 106 г/л, Ht – 3,0; тромбоциты 203х109г/л - нормохромная анемия, тромбоцитопения, повышение СОЭ.
* Анализ кала на я/г - я/г не обнаружено.
* Кровь на RW от 03.02.2000 – отрицательная.

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**Диагноз основной:** беременность 35 недель. Положение плода продольное. Головное предлежание. II позиция. Передний вид.

**Осложнения:** угрожающие преждевременные роды, низкое положение плаценты, хроническая плацентарная недостаточность II степени в стадии субкомпенсации.

**Сопутствующий:** отягощенный акушерский анамнез, искусственный медицинский аборт.

Диагноз беременность поставлен на основании достоверных признаков беременности:

1. По амнестическим данным - последняя менструация 03.06.99 – 09.06.99, первое шевеление 6 октября 1999 года. По данным женской консультации – первая явка при сроке 4-5 недель беременности, предполагаемая дата родов 16.03.99 (первый день последних месячных + 7 дней и минус 3 месяца) в сроке 34 недели
2. По объективным данным – прощупывание частей плода, ясно слышимые сердечные тоны плода, движения плода, ощущаемые лицом, исследующим беременную. Положение плода продольное – продольная ось плода и продольная ось матки совпадают, вторая позиция – спинка обращена вправо, передний вид – спинка обращена к передней стенки матки, эти данные определил на основании второго приема Леопольда. Предлежание головное – над входом в малый таз пальпируется головка она более плотная и менее объемистая чем тазовый конец, на дне матки пальпируется тазовый конец. По формуле Жорданиа Х= L+C, где Х – искомый срок беременности, L – длина плода, С – лобно-затылочный размер. Х=23+11=34 недель, по формуле Скульского Х= (Lx2)-5/5, где L длина плода = (23х2)-5/5 = 8,2 месяцев или 33 недели. По УЗИ (от 15 ноября 1999 года в 22,5 недели) – 24 марта – 32 недели.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

В этиологии преждевременных родов выделяют несколько предрасполагающих факторов:

* Интоксикации;
* Функциональные нарушения у беременной;
* Заболевания;

В этиологии преждевременных родов также выделяют несколько причин:

* Инфантилизм
* Нейроэндокринные нарушения
* Искусственное прерывание беременности в анамнезе
* Истмико-цервикальная недостаточность
* Инфекционные заболевания в период беременности
* Заболевания и пороки развития половых органов
* Нарушение питания

Применительно к данной пациентке можем предположить, что угроза преждевременных родов возникла в результате: Искусственного прерывания беременности в возрасте 16 лет в сроке 6 недель.

**Патогенез:**

|  |  |
| --- | --- |
| Гиперреакция матки на антигены плода | |
| Формирование аутоиммунных комплексов в сосудах плацентарного кровотока | |
| Спазм сосудов ДПНП | |
| Гипоксия | Активация ПОЛ |
| Повреждение мембраны | |
| Тромбопластин | Выход белков |
| ДВС | Отеки |
|  | Гиповолемия |
| Синдром ПО и ПСН | Спазм сосудов |

**ПЛАН ВЕДЕНИЯ**

психологическая подготовка к родам

клиническое обследование

лечение данной патологии

**ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ**

1. per vias naturalis
2. возможные осложнения – аномалии родовой деятельности

ЛЕЧЕНИЕ

* + 1. госпитализация
    2. режим постельный
    3. психотерапия

Медикаментозная терапия угрозы преждевременных родов.

-назначение мягких седативных препаратов, действующих на ЦНС и повышающих порог возбудимости:

**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

-для снижения сократительной активности матки назначается комбинация спазмолитических и сосудорасширяющих средств:

**папаверина гидрохлорид в свечах**

###### Rp: Supp. cum Papaverini hydrochloridi 0.02 № 10

D.S.: по 1 свече в прямую кишку

**магния сульфат**

###### Rp: Sol. Magnesii sulfatis 25% - 10ml

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

-в случае неэффективности к токолитической терапии можно подключить В-адреномиметик **партусистен**.

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.

**Лечение анемии.**

-назначение диеты, богатой мясом, печенью, витаминами В12, В1, В6  (яблоки, морковь, свекла, гранат, черная смородина).

-железосодержащие препараты:

**тардиферон**

###### Rp.: Tab. “Tardiferonum” № 30

D.S.: по 1 таблетке 1 раз в день

**Лечение хронической внутриутробной гипоксии плода.**

Для успешной борьбы с гипоксией плода необходимо обеспечить достаточное снабжение плода кислородом, повысить устойчивость и выносливость его мозговых центров к кислородной недостаточности, создать условия, благоприятствующие течению обменных процессов. Достичь этих результатов можно, воздействуя на газообменную функцию плаценты в нескольких направлениях:

-назначение средств, улучшающих плацентарный кровоток, расслабляющих мускулатуру матки и нормализующих метаболизм плаценты. Всеми этими свойствами обладает класс В-адреномиметических препаратов, из которых в акушерской практике наиболее часто применяется **партусистен**.

##### Rp.: “Partusisten” 0.0005

D.t.d. № 10 in ampull.

S.: содержимое 1 ампулы растворить в 250 мл 5% раствора глюкозы, вводить внутривенно капельно со скоростью 15-20 капель в минуту до появления угнетающего эффекта на миометрий

-одновременное использование средств, нормализующих рекоагуляционных свойств крови:

**реополиглюкин**

###### Rp: Rheopolyglucini 400 ml

D.S.: вводить внутривенно капельно со скоростью 40-50 капель в минуту.

-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%.

**ДНЕВНИК**

**15.02.2000** жалоб нет (со слов). Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. АД 110/70 мм.рт.ст. на левой руке и 105/65 мм.рт.ст. на правой. Ps 72 в 1 минуту. Температура 36.60С. При наружном акушерском осмотре – продольное положение плода, головное предлежание, вторая позиция, передний вид. Тело матки в тонусе, расслабляется. Воды целы. Отеков нет. Динамика положительная. Физиологические оправления в норме (со слов беременной).

Лечение продолжить тоже, режим тот же.

Лечащий врач /Якубовская О.М./

**16.02.2000** жалоб нет (со слов). Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. АД 110/70 мм.рт.ст. на левой руке и 105/65 мм.рт.ст. на правой. Ps 70 в 1 минуту. Температура 36.60С. При наружном акушерском осмотре – продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, передний вид. Тело матки в тонусе, расслабляется. Воды целы. Отеков нет. Динамика положительная. Физиологические оправления в норме (со слов беременной).

Лечение и режим без изменений.

Лечащий врач /Якубовская О.М./

### ЭПИКРИЗ

Этапный эпикриз

Насекина Ирина Александровна, 18 лет, поступила в 4 роддом 2 февраля с направляющим диагнозом: Угрожающие ппреждевременные роды с сроке 32-33 недели. Поступила в удовлетворительном состоянии, с жалобами на резкие боли внизу живота и пояснице, слабость. Госпитализирована в отделение патологии беременности для наблюдения до начала родовой деятельности. Настоящая беременность вторая по счёту (первая закончилась искусственным медицинским абортом в сроке 6 недель).На протяжении данной беременности были выявлены следующие осложнения: угрожающие преждевременные роды, низкое положение плаценты, хроническая плацентарная недостаточность II степени в стадии субкомпенсации.

На данный момент ей проводится консервативная терапия:

седативные препараты: Tincturae Valerianae, -витамин Е, комбинация спазмолитических и сосудорасширяющих средств: папаверина гидрохлорид в свечах, магния сульфат, иглорефлексотерапия корпоральными иглами.

-назначение диеты, богатой мясом, печенью, витаминами В12, В1, В6  (яблоки, морковь, свекла, гранат, черная смородина), “Tardiferonum”

##### “Partusisten” 0.0005, Rheopolyglucini 400 ml

-проведение сеансов **оксигенотерапии**.

Также ведётся подготовка беременной к родам. Планируется проведение самопроизвольных родов, в случаи возникновения осложнений со стороны беременной или со стороны плода будет проведено экстренное родовспоможение.

Лечащий врач

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенков А.П. «Акушерство». Курск, 1995 г.
2. Серов В.Н. «Практическое акушерство». Медицинское информационное агентство, 1997 г.
3. Айламазян Э.К. «Акушерство». Санкт-Петербург, «Специальная Литература», 1997 г.
4. Журнал «Акушерство и гинекология»
5. Медведев М.В., Юрьева Е.В. «Дифференциальная ультразвуковая диагностика в акушерстве». Москва, «Видар», 1997 г.
6. «Неотложное акушерство» под редакцией Г.К. Степанковской. Киев, «Здоров;я», 1994 г.
7. Справочник VIDAL, 1997 г.
8. Айламазян Э.К. «Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике». Ленинград, «Медицина», 1985 г.