1.Фамилия, имя, отчество:

2.Возраст:

3.Профессия:

4.Дата и час поступления: 29.01.99г.; 14.00.

5.Дата и час начала курации: 1.01.99г.; 10.19.

**Жалобы на момент курации**

Предъявляет жалобы на периодически возникающее тянущее, схваткообразное ощущение в животе, кратковременное - до 2 минут. Так же предъявляет жалобы на сравнительно лёгкую утомляемость, небольшую слабость.

**Анамнез**

Наследственность по гинекологическим, психическим заболеваниям, заболеваниям сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта и прочим хроническим заболеваниям не отягощена. Случаев многоплодной беременности у ближайших родственников не отмечает.

В анамнезе жизни: материальные условия детства считает удовлетворительными, в настоящее время проживает в общежитии благоустроенного типа, бытовые условия беременную удовлетворяют, повышенных нагрузок в быту не испытывает. Питание регулярное, три раза в сутки, полноценное, рацион разнообразный, в состав рациона входят овощи и фрукты в достаточном количестве. Условия своего труда считает удовлетворительными. Трудовая деятельность не связана с тяжёлым физическим трудом, но беременная отмечает несколько повышенные нервно-психические нагрузки на работе, связанные с её спецификой ( контакт с психически неполноценными людьми ).

Из ближайших родственников имеет брата, отца и мать, которые со слов беременной хроническими заболеваниями не страдают.

Из перенесённых заболеваний отмечает простудные заболевания возникающие редко, в основном в осенний и весенний период, отмечает однократный случай заболевания гриппом. Прочими заболеваниями не страдала.

Менструальная функция в периоде, предшедствующем беременности, нормальная. Менархе в возрасте 13 лет, менструальный цикл установился сразу же. Месячные по 5 дней, наступают через 30 дней, количество отделяемого - умеренное, месячные безболезненны.

Половая жизнь с 20 лет, в данный момент в течение 1 года официально состоит в первом браке. Возраст мужа - 24 года, со слов беременной хроническими заболеваниями не страдает.

Перенесённых гинекологических заболеваний в анамнезе не отмечает.

Детородная функция: Первая беременность в возрасте 21 года, была желанной, закончилась на сроке 5 недель ( апрель 1998 года ) самопроизвольным абортом в домашних условиях, тяжёлых осложнений при аборте не возникло. Сразу же после аборта было проведено выскабливание стенок полости матки. В послеабортном периоде состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляла. В течение послеабортного периода был выставлен диагноз - эндометрит.

Настоящая беременность - вторая по счёту, является желанной.

В течение настоящей беременности:

Последняя менструация началась 25 апреля 1998 года, окончилась 30 апреля 1998 года. В течении первой половины беременности:

На 10-11 неделе возникла угроза невынашивания, беременная предъявляла жалобы на кровянистые выделения из влагалища, мажущего характера, умеренные по количеству. В связи с угрозой аборта была госпитализирована 14.07.98 г. в отделение патологии беременности с диагнозом: беременность 11-12 недель, отягощённый акушерский анамнез, начавшийся аборт. В ходе проведённого лечения беременность была сохранена, беременная была выписана 28.07.98 г. при отсутствии клиники угрожающего аборта.

Первое шевеление плода беременная ощутила 3.09.98г. в сроке 16 недель.

Впервые обратилась в женскую консультацию 13.08.98г. Женскую консультацию посетила 5 раз, нерегулярно. При посещении женской консультации 13.11.98г. была выявлена угроза по развитию гестоза, 28.11.98г. специалистами женской консультации был диагностирован поздний гестоз лёгкой степени. При проведении реакции Вассермана в первой и второй половине беременности - результаты отрицательные. Проведённые консультации специалистов - окулиста и терапевта, в результате терапевтом диагностирована анемия беременных ( 14.01.99г. ).

На 36 неделе беременности специалистами женской консультации была диагностирована фетоплацентарная недостаточность и внутриутробная гипоксия плода, была предложена госпитализация в отделение патологии беременности.

9.01.99г. беременная была повторно госпитализирована в отделение патологии беременности с диагнозом: беременность 37 недель, предвестники родов, фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода. В ходе проведённого обследования было установлено наличие анемии лёгкой степени ( на основании гематологического исследования ) На основании исследования был так же подтверждён диагноз позднего гестоза лёгкой степени ( наличие патологической прибавки веса- 18 килограмм, наличие незначительных отёков на нижних конечностях, данные анализов мочи - протеинурия -0.06 гр/литр ), однако гипертензия отсутствовала. При анализе кардиотокограммы от 10.01.99г. были выявлены признаки возбуждения мускулатуры матки, что подтвердило наличие предвестников родов. Было назначено медикаментозное лечение - октовегин, рибоксин, дибазол, папаверин, аскорбиновая кислота ( с целью коррекции внутриутробной гипоксии плода и предотвращения преждевременных родов ). В результате проведённого лечения отмечалась положительная динамика, патологические отклонения в лабораторных анализах исчезли. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Была намечена при отсутствии спонтанной родовой деятельности дородовая госпитализация 27.01.99г.

Поступила в отделение патологии беременных 3 родильного дома в экстренном порядке 29.01.98 года с жалобами на выраженную постепенно нарастающую схваткообразную боль колющего характера в животе с незначительными периодами ослабления. Было проведено клиническое и параклиническое обследование, назначена терапия. После проведённой терапии болевые ощущения исчезли но осталось периодически возникающее ощущение тяжести и неудобства в животе. В настоящее время из лекарственных средств применяются сигетин и но-шпа.

**Общее исследование**

Общее состояние удовлетворительное, Температура тела - 36.6, среднее телосложение, нормостеническая конституция,рост 170 см, вес 73.5 кг, кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, высыпания отсутствуют, гнойничковые заболевания отсутствуют. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, без высыпаний. Имеется выраженная пигментация околососковых ареол и сосков. На прочих участках кожного покрова участки гиперпигментации и депигментации отсутствуют. Лимфатические узлы не пальпируются. Видимая патология венозного русла отсутствует, расширения подкожных вен нет. Отёки при осмотре и пальпации не выявляются. Живот при осмотре увеличен за счёт беременной матки, правильной овоидной формы. Полосы беременности слабо выражены, присутствуют на боковых поверхностях живота. Молочные железы увеличены в объёме, нагрублены, соски пигментированы и удлинены, при пальпации молочных желёз выявляется дольчатая структура молочных желез, участки уплотнения отсутствуют, состояние соска - подвижен, не втянут, при надавливании на молочные железы происходит выделение 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.

Органы дыхания:

Область грудной клетки при осмотре - без деформаций, правая и левая половины симметрично участвуют в акте дыхания. При пальпации - грудная клетка эластична, голосовое дрожание проводится одинаково в симметричных участках грудной клетки. Нижние границы лёгких соответствуют норме:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 нижних краёв лёгких - 6 см. При аускультации - дыхание везикулярное, ясное, побочных дыхательных шумов нет. Частота дыхательных движений - 17 в минуту.

Органы кровообращения:

При осмотре области сердца - без видимой патологии, верхушечный толчок локализован в пятом межреберье по срединноключичной линии, нормальных характеристик, границы относительной сердечной тупости соответствуют норме. При аускультации - сердечные тоны ясные, ритмичные, несколько усилены, на проекции аортального клапана прослушивается слабый функциональный систолический шум. При пальпации крупных сосудов - сосудистая стенка эластична, гладкая, без патологии. Артериальное давление - 110 /70 мм.рт.ст. Пульс - 80 ударов в минуту, соответствует частоте сердечных сокращений, хорошего наполнения, правильной формы, ритмичен.

Органы пищеварения:

Ротовая полость без особенностей, язык розового цвета, не обложен, рельеф языка нормальный. Нарушений со стороны пищеварительного тракта беременная не отмечает, стул 2 раза в сутки, оформленный.

Органы мочевыделения:

При осмотре области почек - без патологии. Симптом поколачивания отрицательный. Приток адекватен оттоку. Диурез регулярный, нормального объёма, дневной диурез значительно превышает ночной. Патологические субъективные ощущения при мочеиспускании отсутствуют.

Нервная система и органы чувств:

Повышенной раздражительности, плаксивости, мнительности беременная не отмечает. Сон не нарушен. При штриховом раздражении кожных покровов - умеренно выраженный непродолжительный белый дермографизм. При исследовании рефлексов - рефлексы: коленный, локтевой и зрачковый ( прямой и содружественный ) - живые, симметричные. Зрение и слух - в норме.

 **Специальное акушерское исследование:**

При осмотре таза - таз нормальной конфигурации, соответствует конституциональным особенностям беременной. При пальпации таза определяются ориентиры крестцового ромба ( ромба Михаэлиса ): верхний угол ромба - впадина между остистым отростком пятого поясничного позвонка и крестцом, боковые углы ромба - задневерхние ости подвздошных костей и нижний угол - верхушка копчика. Также определяются ориентиры таза: подвздошные гребни, передневерхние и задневерхние подвздошные ости, лобковый симфиз.

Измерение размеров таза:

Проводится тазомером, пуговки которого прикладывают к ориентирам, между которыми необходимо измерить расстояние. Измеряем четыре размера таза:

**1.Distantia spinarum:** указательными пальцами прощупываем передневерхние ости к наружным краям которых прижимаем пуговки тазомера, затем читаем расстояние по шкале тазомера, в данном случае оно равняется 26 сантиметрам ( в норме 25-26 см ).

**2.Distantia cristarum**: Пуговками тазомера скользим по краям гребней подвздошных костей от передневерхних подвздошных остей кзади. При этом получаем наибольший размер, равный 29 сантиметрам( в норме 28-29 см ), который и является межгребневым расстоянием.

**3.Distantia trochanterica:** Пуговки тазомера прижимаем к наиболее выступающим наружу точкам больших вертелов бедренных костей. В данном случае размер равен 31 сантиметру ( в норме 30-31 см ).

**4.Conjugata externa** - прямой размер таза. В положении беременной на правом боку правую ногу сгибаем в коленном и тазобедренном суставе , левую ногу вытягиваем. Одну пуговку тазомера прижимаем к середине верхнего края лобкового симфиза, вторую пуговку прижимаем в надкрестцовой ямке ( между остистым отростком пятого поясничного позвонка и крестцом). Наружная конъюгата равна 20 сантиметрам ( в норме 20-21 см ).

**Крестцовый ромб ( ромб Михаэлиса )** - определяется между надкрестцовой ямкой сверху, верхушкой копчика снизу , и задневерхними подвздошными остями с боков, правильной симметричной формы , вертикальный размер (размер Триданданиа) преобладает над поперечным и равен 12 см, поперечный размер (размер Литсмана) равен 11 см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Размер таза | Фактическое значение | Норма |
| Distantia spinarum | 26 см | 25-26 см |
| Distantia cristarum | 29 см | 28-29 см |
| Distantia trochanterica | 31 см | 30-31 см |
| Conjugata externa | 20 см | 20-21 см |
| Размер Триданданиа | 12 см | 12 см |
| Размер Литсмана | 11 см | 11 см |

**Индекс Соловьёва** - окружность запястья беременной в сантиметрах, измеряется сантиметровой лентой, равен 15 см ( в норме 14-15 см ). Соответствие индекса норме говорит о нормальной толщине костных структур таза и правильном соотношении измеряемых размеров таза и размеров малого таза, которые сами по себе измерению не доступны, но рассчитываются по размерам большого таза и размерам ромба Михаэлиса. При данном значении индекса Соловьёва расчётные размеры малого таза будут достоверными.

**Прямой размер входа в малый таз**:

При определении по наружной конъюгате: 20-9=11см.

При определении по размеру Литсмана: 11 см.

**Высота стояния дна матки над лоном** - измеряется сантиметровой лентой от лобкового симфиза до наиболее высокой точки пальпируемого первым приёмом по Леопольду дна матки, равна 39 сантиметрам.

**Окружность живота** на уровне пупка - 94 сантиметра.

**Длина плода**: измеряется тазомером, равна 26 сантиметрам. Прямой размер головки плода так же измеряется тазомером и равен 12 см.

**Предполагаемый вес плода** по Вольскому: высота стояния дна матки , умноженная на окружность живота = 39 \* 94 = 3666 гр.

Предполагаемый вес плода по Якубовой: четверть суммы высоты стояния дна матки и окружности живота, умноженная на 100 = ( 39 + 94 )/4 \*100 = 3325 гр.

**При наружном акушерском исследовании**: Первый приём по Леопольду: Ладони обеих рук располагаем на дне матки, Пальцы рук сближаются, осторожным надавливанием вниз определяется уровень стояния дна матки. При исследовании данным приёмом высота стояния дна матки - на 2 пальца ниже мечевидного отростка. Пальпируется часть плода , расположенная в дне матки - тазовый конец ( достаточно крупное, умеренной плотности образование, неправильной формы).

Второй приём по Леопольду: Обе руки располагаются по боковым поверхностям матки на уровне пупка. Поочерёдно левой и правой рукой проводится пальпация частей плода - левая рука лежит неподвижно , на одном месте , правой проводим пальпацию частей плода в левой части матки, скользя рукой по левой боковой поверхности матки, затем руки меняются - правая лежит неподвижно, левой проводим пальпацию частей плода , обращённых к правой стороне матки. Так же при пальпации данным приёмом определяется тонус матки. При исследовании данным приёмом - спинка плода обращена к левой боковой поверхности матки, с некоторым поворотом кпереди - первая позиция, переднего вида. При пальпации по правой боковой поверхности матки прощупываются мелкие части плода в виде образований малого размера, мягкой консистенции, подвижных. При исследовании тонуса матки - стенка матки в нормотонусе, в ответ на пальпацию происходит умеренное сокращение стенки матки.

Третий приём по Леопольду:

Приём служит для определения предлежащей части плода. Стоя справа от беременной , лицом к её лицу кладём правую руку выше лобкового симфиза таким образом, чтобы большой палец находился с одной стороны нижнего сегмента матки, а четыре остальных пальца - с другой стороны нижнего сегмента матки. Осторожно и плавно погружаем пальцы вглубь и охватываем ими предлежащую часть, в данном случае - головку плода, которая прощупывается в виде округлой части плотной консистенции с отчётливыми контурами. Короткими аккуратными толчками пытаемся сдвинуть головку в разные стороны, при этом определяется слабо выраженное баллотирование малой амплитуды - головка подвижна, не проникает в полость малого таза. На основании результатов наружного акушерского исследования - ось плода соответствует оси матки - продольное положение плода.

**Сердцебиение плода**:

Аускультация проводится акушерским стетоскопом. При аускультации пытаемся уловить следующие звуки: сердечные тоны плода, шумы от движений плода, шумы пуповины. В данном случае из этих звуков отчётливо улавливается только сердцебиение плода, точка наилучшей слышимости расположена на два пальца влево от срединной линии и на четыре пальца ниже пупка ( для данного предлежания, позиции и вида соответствует норме ). Сердечные тоны плода прослушиваются в виде ясных ритмичных сдвоенных ударов, слабой интенсивности с частотой 150 ударов в минуту ( в норме: 120-160 ударов в минуту ) - нормальное сердцебиение плода.

Родовая деятельность: беременная отмечает нерегулярные, слабые и короткие схватки, которые воспринимаются как чувство тяжести в животе или как умеренные боли тянущего характера. Промежуток между схватками - несколько часов, продолжительность одной схватки - от нескольких секунд до 1 минуты. В последнюю неделю беременная отмечает некоторое учащение схваток и увеличение их продолжительности, по сравнению с предыдущим периодом. Потуг беременная не отмечает.

**При осмотре наружных половых органов** - наружные половые органы сформированы правильно, оволосение в области наружных половых органов - по женскому типу.

**При влагалищном исследовании от 29.01.99г.:** Per speculum: шейка матки расположена по центру таза, имеет коническую форму. Слизистая влагалища цианотична, чистая. В области шеечного канала - умеренные по количеству выделения, слизистого характера, прозрачные. Per vaginam: шейка матки расположена по центру таза, укорочена до 3 см, , консистенция шейки - мягкая, шеечный канал - 2.5 см в диаметре, проходим для одного пальца. Степень зрелости шейки матки - не полностью зрелая. Предлежащая часть - головка, умеренно баллотирует. Плодный пузырь цел, подтекание околоплодных вод отсутствует. Мыс - не достижим, патологических образований и экзостозов в полости таза нет. Диагноз: Беременность, 39-40 недель, пробольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, передний вид; хроническая внутриутробная гипоксия, поздний гестоз, железодифицитная анемия беременных.

**Лабораторные данные и заключения консультантов**

1. Вагинальный мазок от 29.01.99г.:

лейкоцитов: 8-10 в поле зрения

эпителий: 5-6 в поле зрения

присутствуют влагалищные палочки.

степень чистоты родовых путей - I

1. В анализе мочи от 1.02.99г.:

цвет: соломенно-жёлтый

реакция: кислая

белок: 0,03 гр/литр

лейкоциты: 4-5 в поле зрения

в общем анализе мочи данные за патологию мочевыделительной системы отсутствуют.

В общем анализе крови от 1.02.99г.:

Эритроцитов 3.6 \* 1012 /литр

Гемоглобин 110 гр/ литр

Цветной показатель 0.88

Общее количество лейкоцитов: 8.0 \* 109 /литр

Эозинофилов: 2 %

Сегментоядерных нейтрофилов: 60 %

Палочкоядерных нейтрофилов: 5 %

Лимфоцитов: 28 %

Моноцитов: 5 %

Нормохромная анемия.

**Диагноз и его обоснование**

Беременность, 39-40 недель, продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция переднего вида. Осложнения - поздний гестоз лёгкой степени, хроническая внутриутробная гипоксия плода. Сопутствующие заболевания - анемия лёгкой степени.

Наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности - наличием отчётливого сердцебиения плода, выслушиваемого в точке, соответствующей положению, предлежанию, виду и позиции плода, а так же определяемыми при пальпации частями плода. Кроме этого наличие беременности дополнительно подтверждается вероятными признаками беременности - прекращением менструаций, появлением молозива из молочных ходов при надавливании на молочные железы, ощущением беременной шевеления плода через 16 недель после окончания последней менструации, изменениями формы, величины и консистенции матки , выявленными при акушерском исследовании и соответствующими таковым при беременности , наличием при влагалищном исследовании характерных для беременности изменений - цианотичности слизистой влагалища и шейки матки. Из предположительных признаков беременности отмечается пигментация околососковых ареол и сосков и отмеченные беременной вскоре после окончания последней менструации изменения со стороны нервной системы - небольшая сонливость и некоторая неустойчивость настроения. Данный комплекс признаков позволяет считать достоверным наличие беременности.

Определение срока беременности проводится по анамнестическим данным - дате последней менструации, по первому шевелению плода, по данным женской консультации - первой явке, дате выдачи дородового отпуска и по предполагаемому сроку родов а так же по объективным данным. При определении срока по дате последней менструации к дате первого дня последних месячных прибавляется 7 дней ( 2 .05. 98г. ) , вычисляем промежуток времени, прошедший с этой даты, который соответствует сроку беременности и равен 39 неделям. Срок, определённый по предполагаемой дате родов равен 39-40 неделям. Срок, определённый по первой явке в женскую консультацию ( 13.08.98г.-11-12 недель ), равен 37-38 неделям. Срок, определённый по первому шевелению плода, составляет 38-39 недель. Срок, определённый по объективным данным: по УЗИ - 40 недель, по формуле Скульского - (( 26\*2 )-2) / 5 = 9,4 акушерских месяца ≅ 38 недель, по формуле Жорданиа - 26 + 12 = 38 недель. Наиболее точным объективным методом определения срока беременности является ультразвуковое исследование, которое опирается на такие параметры, как длина бедра плода, бипариетальный размер его головки и окружность его живота. На основании всех перечисленных методов можно с уверенностью утверждать , что срок беременности равен 39 - 40 неделям.

Положение плода, его предлежащая часть, позиция, вид позиции определяется при наружном акушерском исследовании - пальпации тремя акушерскими приёмами по Леопольду, данные исследования однозначно соответствуют продольному положению плода, головному предлежанию, первой позиции переднего вида.

Гестоз выставляется на основе отёчного синдрома, патологической прибавки в весе, протеинурии, гипертензивного синдрома. В зависимости от соотношения этих синдромов и их выраженности выделяются степени тяжести гестоза. В настоящее время у беременной из всех этих признаков есть только патологическая прибавка веса, то есть клинические проявления гестоза не выражены. Во время предыдущей госпитализации 9.01-20.01 была выражена небольшая протеинурия ( 0.06 гр/литр ), отёки на нижних конечностях ( голенях ), патологическая прибавка веса, что соответствовало позднему гестозу лёгкой степени тяжести, но в результате проведённого тогда лечения наступило улучшение состояния. Поскольку гестоз является состоянием дезадаптации к беременности и завершается только с окончанием беременности, в настоящее время правомерна постановка диагноза - гестоз лёгкой степени. При оценке степени тяжести по Савельевой - 3 балла ( патологическая прибавка в весе - 1 балл + срок установления диагноза - 33 недели - 2 балла, сумма соответствует гестозу лёгкой степени ).

Внутриутробная гипоксия плода выставляется на основании проведения нестрессового теста ( учащение сердцебиения плода в ответ на его движения ), результатов кардиотокографии, объёма движений плода. В настоящее время сердцебиение плода находится в рамках нормальных величин, но имеет тенденцию к повышению ( 148-155 уд/мин ), такая реакция говорит о компенсации проявлений гипоксии. Умеренная тахикардия плода может считаться физиологической только в том случае, если отсутствуют возможные причины для возникновения гипоксии плода. Поскольку у данной беременной имеет место поздний гестоз и анемия, которые являются причинами возникновения гипоксии плода ( гестоз приводит к диффузионно-перфузионной недостаточности плаценты , как следствие, может привести к гипоксии плода, анемия- снижение кислородной ёмкости крови - так же вероятная причина гипоксии плода ). На основе наличия умеренной нестойкой тахикардии плода, которая сопровождается гестозом и анемией беременной правомерно постановка диагноза - внутриутробная гипоксия в состоянии компенсации.

Диагноз анемия лёгкой степени выставляется на основе клинических признаков - быстрая утомляемость , особенно при физической нагрузке, слабость, а так же на основе гематологического исследования - уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина ниже нормальных для беременной женщины пределов ( гемоглобин 110 гр/литр или менее ) в общем анализе крови от 10.01.99г. и от 1.02.99г. Поскольку в период, непосредственно предшествовавший постановке диагноза анемии беременная не отмечала кровотечений, кровянистых выделений из половых путей и прочих причин, которые могли привести к постгеморрагической анемии, а так же на основе отсутствия клинических признаков фолиеводефицитной и В12-дифицитной анемии ( у беременной нет нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, при осмотре состояние слизистых ротовой полости и языка в норме), можно предположить в качестве причины анемии дефицит железа в организме.

**Этиология и патогенез**

У данной беременной прослеживаются следующие патологии беременности: поздний гестоз лёгкой степени тяжести, внутриутробная гипоксия плода в состоянии компенсации, железодефицитная анемия беременных лёгкой степени.

Этиология и патогенез позднего гестоза:

Гестоз - это синдром дезадаптации, несоответствия между потребностями развивающегося плода и способностью организма матери адаптироваться к беременности. Это заболевание или осложнение беременности , которое возникает во время беременности, прогрессирует в течение беременности и исчезает только после прекращения беременности. Прекращение беременности всегда приводит к выздоровлению женщины ( при условии, что не развились тяжёлые осложнения гестоза )

Этиология позднего гестоза:

Выяснена недостаточно, причиной является беременность с гиперреакцией материнского организма на антигены плода. Кроме того , предрасполагают к развитию гестоза хронические заболевания с гипертензивным синдромом, нарушения обмена ионов - задержка натрия в организме, чрезмерная физическая нагрузка в ходе беременности с уменьшением количества крови, протекающей через почки, хронический гломерулонефрит и пиелонефрит, неполноценное питание, курение, многоводие, многоплодие ( повышенная антигенная нагрузка, гиповолемия, нарушение маточно-плацентарного кровотока), имевшийся в анамнезе ранний гестоз, как показатель несовершенной адаптационной способности организма женщины к беременности. На основе этого выделяются группы риска женщин , у которых достоверно чаще развиваются гестозы:

1.женщины с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, эндокринной системы.

2.юные беременные ( до 18 лет ) и возрастные беременные ( снижение адаптационной способности организма )

3.женщины у которых есть многоводие или многоплодие.

4.женщины у которых был ранний гестоз

5.женщины с резус-конфликтом

6.женщины с отсутствием гипотонии в беременности.

Патогенез: Возникает гиперреакция организма матери на антигены плода, как следствие формируются аутоимунные комплексы в сосудах плацентарного кровотока. Это приводит к спазму сосудов маточно - плацентарного кровотока и возникает диффузионно-перфузионная недостаточность плаценты (ДПНП ). ДПНП приводит как к гипоксии плода так и к гипоксии плацентарных тканей, активируется перекисное окисление фосфолипидов, это приводит к повреждению мембран. Через повреждённые клеточные мембраны выходят биологически-активные вещества, тканевой тромбопластин и белки. Под действием тканевого тромбопластина запускается механизм диссименированного внутрисосудистого свёртывания, вышедшие белки повышают онкотическое давление тканей, что приводит к поступлению воды в ткани и к отёкам. Отёки по мере своего роста приводят к гиповолемии, что является ненормальным явлением для беременности. Закономерная реакция организма на гиповолемию и падение минутного объёма сердца - спазм сосудов, вследствие этого - усугубление гипоксии, дальнейшая активация ПОФЛ, дальнейшее повреждение клеточных мембран. Таким образом патогенетические нарушения постепенно прогрессируют, усугубляется гипоксия, прогрессирует хронический ДВС-синдром и как следствие развивается полиорганная и полисистемная недостатачность. Полиорганная и полисистемная недостаточность способствуют прогрессированию хронических заболеваний, существующих у беременной. Возникновение гипертензии при гестозе обусловлено спазмом сосудов организма в ответ на гиповолемию, а так же в ответ на нарушение маточно-плацентарного кровотока ( отложение иммуных комплексов и фибрина в сосудах маточно-плацентарного кровотока с повреждением мембран ). В поддержании гипертензии играет роль и нарушение функции почек, клубочковый аппарат которых чувствителен к наличию иммуных комплексов. В результате поражения клубочкового аппарата, а далее и канальцевого аппарата почек возникает протеинурия. Нарушение микроциркуляции в почках приводит к стойкой гипертензии. Фильтрация через повреждённые почечные клубочки уменьшается, поскольку часть клубочков перестаёт функционировать, возникает олигурия, которая так же является клиническим признаком позднего гестоза. При дальнейшем развитии гестоза наступают дистрофические изменения канальцевого аппарата почек, нарушается их концентрационная способность ( нарушение кровообращения в почках, отёк почечных тканей, отложение имунных комплексов), возникает гипостенурия - снижение удельного веса мочи ( в норме 1020-1030 гр/литр), а затем и гипоизостенурия - монотонность удельного веса мочи при его низких значениях ( в норме колебания между наивысшими и наименьшими значениями удельного веса должны быть не менее 10 гр /литр). Нарушаются процессы секреции в канальцевом аппарате почек, что приводит к нарушению азотовыделительной функции почек. О нарушении азотовыделительной функции можно судить по уровням остаточного азота и креатинина Гиповолемия приводит к гемоконцентрации, показатели гематокрита более 45% свидетельствуют о тяжёлом течении гестоза.

Нарушения микроциркуляции в организме, гипоксия, тканевой отёк приводят к недостаточности прочих органов и систем- печени( эпигастральные боли, желтуха, нарушения углеводного обмена, печёночная недостаточность , печёночная кома), ЦНС - ( мигрень, инсульт, преэклампсия, эклампсия, кома ).

Поскольку при гестозе имеет место ДВС-синдром, в крови и моче беременных, страдающих гестозом отмечается повышенный уровень продуктов деградации фибрина, что является показателем наличия дессиминированного внутрисосудистого свёртывания ( выявляются при проведении этаноловой и протамин -сульфатной проб ). При прогрессировании гестоза развивается гипокоагуляция, гиперфибринолиз, коагулопатия и тромбоцитопения потребления, что приводит к угрозе серьёзных кровотечений в родах. Прогрессирование гестоза так же приводит к развитию недостаточности функции ЦНС и развивается преэклампсия и эклампсия - наиболее тяжёлые формы гестоза.

Этиология внутриутробной гипоксии плода:

По этиопатогенезу выделяют следующие формы гипоксии плода:

1.Гипоксемическая:

А.следствие экстрагенитальных заболеваний у матери.

Б.следствие осложнений беременности ( гестоз, перенашивание, анемия )

эти причины приводят к гипоксии плода - нарушению доставки к нему кислорода ( диффузионно-перфузионная недостаточность плаценты )

2.Гемическая:

А.постгеморрагическая ( фетоплацентарная кровопотеря, внутренние кровоизлияния )

Б.следствие резус-конфликта

В.следствие лекарственных, токсических и наследственных гемоглобинопатий, что приводит к снижению количества и качества фетального гемоглобина

3.Гемодинамические:

А.пороки сердца

Б.тяжёлые аритмии

В.снижение ОЦК

Г.нарушение проходимости пупочных сосудов

Д.повышенная вязкость крови

4.Смешанная ( сочетание двух и более патогенетических форм кислородной недостаточности плода )

При гипоксии плода активируются его компенсаторно -приспособительные механизмы - под влиянием дифицита кислорода происходит выброс катехоламинов и возникает тахикардия плода, возрастает периферическое сосудистое сопротивление. В результате действия катехоламинов кровоток плода перераспределяется в пользу плаценты, мозга, сердца и надпочечников плода, несколько уменьшается кровоток в лёгких , почках, кишечнике, селезёнке плода( возникает ишемия этих органов ). При прогрессировании гипоксии компенсаторные резервы организма плода быстро истощаются- тахикардия сменяется брадикардией, снижается повышенное до этого артериальное давление плода, происходит активация гликолиза и уменьшение резервных запасов углеводов в организме плода. При декомпенсированной гипоксии организм плода теряет способность реагировать на изменения уровня доставки кислорода, поэтому грозным признаком является стойкая брадикардия и монотонность кривых при анализе кардиотокограмм, отсутствие реакции при проведении стрессовых и нестрессовых тестов. При декомпенсированной гипоксии происходит снижение двигательной активности плода, в то время как при компенсированной гипоксии двигательная активность несколько повышается.

У данной беременной причиной внутриутробной гипоксии плода является диффузионно-перфузионная недостаточность плаценты, как следствие развившегося позднего гестоза, кроме этого причиной может являться анемия беременной. Таким образом у данной беременной внутриутробная гипоксия плода по этиопатогенезу является гипоксемической ( анемия + поздний гестоз )

Этиология и патогенез железодифицитной анемии беременных:

В течение беременности закономерно снижается колличество гемоглодина и эритроцитов вследствие гемодилюции. Одновременно с этим повышается общее количество лейкоцитов, СОЭ, количество нейтрофильных лейкоцитов. Таким образом количество гемоглобина для беременной женщины в третьем триместре является нормальным до 110 гр/литр, с соответствующим уменьшением количества эритроцитов и сохранении величины цветного показателя. Анемия беременных диагностируется при падении количества гемоглобина менее 110гр/литр. Причина этого чаще всего - дефицит железа в организме, значительно реже встречаются другие формы анемии. Железодефицитная анемия возникает чаще во второй половине беременности. Причины дефицита железа в организме беременной - нарушение всасывания железа ( ахилия ), нерациональное питание, повышенное потребление железа плодом, повышенный тканевой обмен железа при беременности. У данной женщины дефицит железа обусловлен, скорее всего, повышенным потреблением железа в процессе развития плода ( потребность в железе во втором триместре составляет 6.6 мг/сутки ), повышенным обменом железа ( по данным УЗИ - крупный плод )

**Принципы лечения имеющихся у беременной патологий**

Лечение гипоксии ( этиопатогенетическое ):

1.Вазоактивные средства: эстрогенные средства ( сигетин 1% - 10 мл в/в ), эуфиллин, трентал, компламин.

2.Токолитики ( адреномиметики )

3.Реокорректоры - дезагреганты и антикоагулянты

4.Метаболическая терапия: глюкоза + инсулин, кокарбоксилаза, фолиевая кислота, витамины В6, В12, С, Е, эссенциале, глутаминовая кислота, метионин, калия оротат, унитиол, гипербарическая оксигенация.

5.Гипоксия плода - относительное показание к кесареву сечению

6.Острая гипоксия плода в ролах - наложение акушерских щипцов, извлечение за тазовый конец, перинеотомия, эпизиотомия.

Лечение гестоза: Стационарное, лёгкой и средней степени проводится в отделении патологии беременности:

1.Постельный режим, диета №7, седативные перпараты и транквилизаторы.

2.Антигистаминные препараты.

3.Физиолечение - электросон.

4.Диуретики назначаются при отёке лёгких и острой правожелудочковой недостаточности, при простых отёках они не показаны, так как способствуют прогрессированию гестоза.

5.Спазмолитики ( но - шпа, папаверин, эуфиллин ).

6.Патогенетические средства - антиоксиданты: витаминные препараты, Aevit.

мембраностабилизаторы: аскорутин.

7.Борьба с гипоксией: использование барокамеры.

8.Лечение плацентарной недостаточности: препараты, улучшающие плацентарный кровоток.

9.Антиагреганты: аспирин по 0.25 , курантил, трентал, гепарин по 5000ЕД подкожно 6 - 8 раз в сутки под контролем коагулограммы.

Кроме этого необходимо, учитывая недостаточную степень зрелости шейки матки провести подготовку родовых путей к родам. Для этого применяется создание Глюкозо-витамино-эстрогено-кальциевого фона ( ГВЭК-фон ).

Лечение железодефицитной анемии:

1.Диета содержащая в повышенном количестве мясо и печень, фрукты с высоким содержанием железа - яблоки, морковь.

2.Витаминные препараты: В6, В12, В1, препараты, содержащие фолиевую кислоту.

3.Препараты железа: ферроплекс, ферковен, феррокаль.

У данной беременной лечение железодефицитной анемии следует продолжить в послеродовом периоде.

**План ведения беременности**

1.Продолжить ведение беременности в условиях стационара, постельный режим, диета № 7.

2.Провести дальнейшее обследование: биохимический анализ крови на уровень билирубина, остаточного азота, анализ крови и мочи на уровень эстриола, для оценки состояния маточно-плацентарного кровотока - доплерометрия.

3.Провести подготовку родовых путей к родам per vias naturales. Для этого применяется ГВЭК-фон.

Методика создания глюкозо-витамино-эстрогено-кальциевого фона:

0.1% раствор фолликулина 3 миллилитра (или 0.1% раствор эстради – олдипропината 1 миллилитр) внутримышечно (для ускорения всасывания в шприц можно добавить 1 миллилитр эфира для наркоза); раствор глюкозы 40% 40 миллилитров внутривенно; раствор аскорбиновой кислоты 5% 5 – 6 миллилитров внутривенно; кокарбоксилаза 100 миллиграмм внутривенно; раствор хлорида или глюконата кальция 10% раствора 10 миллилитров внутривенно; раствор витамина В1 6% 2 миллилитра внутримышечно; витамин В12 200 микрограмм внутримышечно (витамины вводить в разных шприцах).

Rp.: Sol. Folliculini oleosae 0.1%-1ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Ввести 3 миллилитра внутримышечно.

Rp.: Sol. Glucosi 40%- 20ml

 D.t.d. N. 2 in amp.

 S. Вводить внутривенно.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Ввести 5 миллилитров внутримышечно.

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10%-10ml

 D.t.d. N.10 in amp.

 S. Ввести 10 миллилитров внутривенно.

Rp.: Sol. Tiamini bromidi 6%-1ml

 D.t.d. N.4 in amp.

 S. Ввести 2 миллилитра внутримышечно.

Rp.: Cianocobalamini 200mcg

 D.t.d. N. 5 in amp.

 S. Ввести внутримышечно.

4.Лечение внутриутробной гипоксии плода:

Rp.: Sygetini 1% - 10ml

 D.t.d. N.10 in amp.

 S.Вводить внутривенно по 10 мл

 1 раз в сутки

Rp.: Acidi acetylsalycilici 0.25

 D.t.d. N. 10 in tab.

 S.Принимать по 1/2 таблетки

 2 раза в день.

витамины В6, В1, гипербарическая оксигенация.

5.Лечение гестоза:

 Медикаментозное:

Rp.: T-rae Valerianae 25.0

 D.S. Принимать по 25 капель

 2 раза в день.

Rp.: No-Spa 0.04

 D.t.d. N. 100 in tab.

 S.Принимать по 2 таблетки

 2 раза в день.

Rp.: Heparini 5 ml ( 1ml=5000 )

 D.t.d. N. 6 in amp.

 S. Вводить подкожно по 1 мл 4-5 раз в сутки,

 **под контролем коагулограммы!**

6.Начать лечение железодефицитной анемии:

Rp.: Dragee Ferroplex N.100

 D.S. Принимать по 1-2 драже

 в день.

7.Провести психопрофилактическую подготовку к родам.

**План ведения родов**

1.Роды вести через естественные родовые пути, под контролем кардиотокографии и уровня артериального давления.

2.При ухудшении внутриутробного состояния плода - родоразрешение путём кесарева сечения ( поскольку по данным УЗИ есть данные за наличие крупного плода, акушерские щипцы для родоразрешения применять не стоит )

3.Возможные осложнения в родах:

1.преждевременная отслойка плаценты,

2.гипоксия плода,

3.аномалии родовой деятельности,

4.прогрессирование тяжести гестоза,

5.кровотечение в 3 стадии родов и послеродовом периоде,

6.асфиксия новорожденного

Для профилактики осложнений:

1.препараты улучшающие маточно - плацентарный и почечный кровоток ( сигетин)

2.кардиомониторное наблюдение для своевременной диагностики гипоксии плода и аномалий родовой деятельности, контроль АД

3.перидуральная анестезия

4.во втором периоде - управляемая гипотония ( при высоком артериальном давлении), при неэффективности- наложение щипцов при живом плоде и плодоразрушающие операции при мёртвом. Для управляемой гипотонии использовать - пентамин.

5.в третьем периоде - ввести катетер в мочеиспускательный канал, быть готовым к проведению инфузионно-трансфузионной терапии, профилактически ввести утеротоники, иметь свежую кровь, быть готовым к ручному вхождению в полость матки.

6.быть готовым к проведению операции кесарева сечения в случае резкого ухудшения внутриутробного состояния плода.

7.быть готовым к проведению реанимационных мероприятий на случай тяжёлой асфиксии новорожденного - иметь аппарат искусственной вентиляции лёгких, набор интубационных трубок.

**Дневник:**

**1.02.99г.:**

Динамика отсутствует. Беременная предъявляет жалобы на периодически, несколько раз в сутки возникающее ощущение тяжести в животе, продолжающееся в течение 1-2 минут, болей при этом не отмечает. Часто ощущает шевеления плода. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета, частота дыхательных движений-18 в минуту, аускультативно - дыхание везикулярное, ясное. Пульс - 80 в минуту, ритмичен, хорошего наполнения. Артериальное давление 115/70 мм.рт.ст.

При наружном акушерском исследовании - тело матки в нормотонусе, реагирует на пальпацию умеренными сокращениями стенки, положение плода - продольное, головное предлежание, первая позиция, переднего вида. Предлежащая часть прижата к входу в малый таз. При аускультации - сердцебиение плода - 148 уд в минуту, ясное, ритмичное. Подтекание околоплодных вод отсутствует, плодный пузырь цел.

Отёки отсутствуют. Стул - 2 раза в сутки, оформленный, диурез - нормального объёма.

По данным ультразвукового исследования от 1.02.99г.: Беременность 40 недель, продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция , переднего вида, предположительно - **крупный плод**.

**2.02.99г.:**

Без динамики. Беременная продолжает предъявлять жалобы на короткие, нерегулярные ощущения схваток в животе, возникающие несколько раз в сутки, продолжающиеся по 0.5-2 минуты. Шевеления плода ощущает часто. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледно-розового цвета, температура тела 36,5 градусов. Частота дыхания - 16 в минуту, при аускультации - дыхание везикулярное, ясное. Пульс - 80 в минуту, ритмичен, хорошего наполнения, артериальное давление на правой руке - 115/75 мм.рт.ст.

При наружном акушерском исследовании: тело матки в нормотонусе, при пальпации реагирует сокращениями стенки, положение плода - продольное, предлежание головное, первая позиция, переднего вида. Предлежащая часть прижата к входу в малый таз. При наружном акушерском исследовании ощущаются движения плода, умеренного объёма. При аускультации - сердцебиение плода - 154 в минуту, (сразу после определённых пальпаторно движений плода), ясное, ритмичное. Подтекание околоплодных вод отсутствует, плодный пузырь цел.

Отёки отсутствуют, стул 2 раза в сутки, оформленный, диурез - нормального количества.

**3.02.99г.:**

Положительная динамика, нарастают признаки спонтанной родовой деятельности. Беременная предъявляет жалобы на нерегулярные схваткообразные тянущие ощущения в животе, возникающие с промежутком в 2-3 часа и длящиеся до 2 минут. Часто ощущает шевеления плода. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета, температура тела 36.7 градусов. Частота дыхания - 18 в минуту, дыхание везикулярное, ясное. Пульс 82 в минуту, ритмичен, хорошего наполнения. Артериальное давление - 115/70 мм.рт.ст.

При наружном акушерском исследовании - тело матки в нормотонусе, реагирует сокращениями на пальпацию, положение плода - продольное, предлежание головное, первая позиция, переднего вида. Предлежащая часть прижата к входу в малый таз. При аускультации - сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 уд в минуту. Подтекания околоплодных вод нет, плодный пузырь цел.

Отёков нет. Стул и диурез в норме.

При анализе кардиотокограммы от 3.02.99г.: матка в нормотонусе, признаки компенсированной внутриутробной гипоксии плода, оценка по шкале Фишера - 7 баллов ( лёгкая степень гипоксии, норма при оценке по Фишеру: 8-10 баллов).

**Этапный эпикриз**

03 февраля 1999 года

ФИО, …года, находится в отделении патологии беременных с 29.01.98 г., поступила по направлению женской консультации на дородовую госпитализацию. При поступлении предъявляла жалобы на периодически возникающие, кратковременные схваткообразные ощущения в животе, лёгкую утомляемость и небольшую слабость.

Проведено общее и специальное акушерское исследование, которые подтверждают наличие беременности в сроке 39 - 40 недель, продольного положения плода головного предлежания, первой позиции, переднего вида. Проведены общий анализ крови, общий анализ мочи; результаты общего анализа крови подтвердили наличие у беременной железодефицитной анемии беременных - снижение уровня гемоглобина до 110 гр/литр ( гипогемоглобинемия), снижение количества эритроцитов до 3.6 \*1012 /литр, цветной показатель у нижней границы нормы. Анализ мочи не подтверждает на данный момент наличие у беременной гестоза лёгкой степени, что говорит об эффективности проведённого во второй половине беременности лечения, но при анализе прочих клинических данных можно говорить о наличии у беременной гестоза ( 3 балла по Савельевой ). Специальные методы исследования проведённые за период с 29.01.99г.: УЗИ подтверждает диагноз беременности 39-40 недель, наличие крупного плода, кардиотокография подтверждают наличие внутриутробной гипоксии лёгкой степени ( 7 баллов по Фишеру ).

Клинический диагноз:

Основной: Беременность, 39- 40 недель, продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, передний вид.

Осложнения: Поздний гестоз лёгкой степени, хроническая внутриутробная гипоксия плода, крупный плод.

Сопутствующие заболевания: железодефицитная анемия беременных лёгкой степени.

Проводится лечение: постельный режим, диета, психопрофилактическая подготовка к родам, медикаментозное лечение - вещества, улучшающие маточно-плацентарный кровоток: сигетин по 10 миллилитров внутривенно 1 раз в сутки, спазмолитики: но - шпа по 2 таблетки 3 раза в день.

В результате проведённого лечения отмечается положительная динамика - гестоз клинически не проявляется, несколько улучшилось по сравнению с предыдущим периодом внутриутробное состояние плода.

Планируется далее проводить подготовку беременной к родам через естественные пути, попутно проводя лечение осложнений и сопутствующих заболеваний, при возникновении родовой деятельности - проводить роды через естественные пути, учитывая возможные осложнения, связанные с патологией беременности.

 Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Литература:**

* Лекции профессора Поляковой В.А. по курсу акушерства, 1998-99 год.
* “ Руководство по практическому акушерству ” Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А.; 1997 год.
* “ Акушерство” Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенков А.П.; 1995 год.
* “ Родовой блок ” Чернуха Е.А. 1991г.
* Методические указания кафедры акушерства и гинекологии ТГМА по написанию клинической истории родов.
* “ Ультразвуковая диагностика в гинекологии ” Демидов В.Н. 1990г.