***Анамнез***

***Наследсчтвенность не отягощена.Наличие в семье и у ближащих родственников наследственой патологии,врождёных пороков развития,а также случаев заболевания психическими,венерическими,инфекциоными заболеваниями отрицает.Наличие многоплодной беременности у родителей и ближащих родственников отрицает.***

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

***В детстве перенесла корь,ветряную оспу,с 8 лет страдает пиелонефритом,в детстве часто болела ОРВИ,ангиной.В 1979 году была тонзилэктомия без осложнений.***

***Менструации с 13 лет установились сразу через 28 дней по 5 дней безболезненые,умереные.***

***Половая жизнь с 16 лет.Брак первый. Мужу 33 года здоров,вредных превычек не имеет.***

***Гинекологические заболевания: Бермоидная киста левого яичника,удалена в 13 гор.больнице,Операция прошла без осложнений.***

***Предыдущие беременности:***

***1-ая в 1994 г.закончилась самопроизвольным выкидышем в 12 недель.Было произведено диагностическое выскабливание,без осложнений.***

***2-ая - настоящая.***

***Течение настоящей беременности:***

***Первая половина:На 19-ой неделе беременности перенесла грипп,было повышение температуры до 37,8,лечилась амбулаторно,медикаменты не принямала.***

***Вторая половина беременности:В 30 недель ОРВИ,лечилась амбулаторно,медикаментов не принямала.***

***С 34 недели беременности повышение АД до 140\90 мм.рт.ст.Лечилась стационарно принямала гипотензивные средства и мочегонные.27 марта также был эпизод повышения давления,до 130.90 мм.рт.ст. от госпитализации отказалась.30 марта произошло повышение давления до140\80мм.рт.ст.на обеих руках,появилась головная боль,чувство тяжести в области затылка.Была вызвана скорая помощь по направлению которой пациентка госпитализирована в данное учереждение.Направляющий диагноз нефропатия.Состояние при поступлении средней тяжести,АД на обеих руках 140\90 мм.рт.ст.,головная боль,чувство тяжести в области затылка.Пациентка направлена в отделение интенсивной терапии с диагнозом ОПГ гистоз,преэклампсия.В отделении ей был проведён профилактический курс медикаментозной терапии:эуфелин 2,4% 70,0 в\в,седуксен 2,0 в\м,паповерин 2% 2,0 в\м.С 2 апреля пациентка находится под наблюдением в отделении патологии беременности.За время беременности прибавка в весе 20 кг.***

***Объективное исследование***

***А. Общее исследование:***

***На момент курации пациентка находится в удовлетворительном состояние.Самочувствие хорошее.Температура тела нормальная.Телосложение правильное,нормостенического типа.Пациентка повышенного питания.Рост174 см.Вес 81 кг.Кожные покровы бледно-розового оттенка.Кожа тёплая,умеренной влажности,эластичная.Расширение вен отсутствует.Имеется небольшая пастозность голеней и кистей рук.Полосы беременности отсутствуют.Молочные железы нормальной формы,патологических изменений не обнаружено.Патологии со стороны сосков молочных желёз не выявлено.Живот овоидной формы,деформаций не отмечается,ассиметрии нет.Щитовидная железа пальпаторно и визуально не увеличена,перешеек щитовибдной железы обычной формы.Пальпация в обласчти щитовидной железы безболезнена.Признаков гипер- и гипотиреоза не наблюдается.***

***Система органов дыхания:***

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

***Система органов кровообращения:***

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

***Система органов пищеварения:***

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

***Система органов мочеотделения:***

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

***Нервная система и органы чувств:***

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

***Б.Специальное акушерское исследование:***

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

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

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

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

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

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

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

***Высота стояния матки над лоном определяется сантиметровой лентой,У пациентки38 см.***

***Длина плода,предпологаемый вес плода:Длина плода измеряется тазометром.В данном случае 50 см.Предполагаемый вес плода-окружность живота в см. по уровню пупка множемая на высоту стояния матки над лоном.В данном случае приблизительная масса плода 4100гр.***

***Методика наружного акушерского исследования:***

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

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

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

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

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

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

***Исследование наружных половых органов:***

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

***Влагалищное исследование:***

***Наружные половые органы развиты правильно.Влагалище не рожавшей женщины.Шейка матки расположена по центру.Плотная,длинной 3 см.Зев закрыт.Через своды определяется головка,низко над входом в малый таз.Мыс не достигается.Выделения из родовых путей слизистые,умереныные.***

***В.Лабораторные данные.***

***Анализ ькрови на HBS-антиген отрицательный***

***Анализ крови на ВИЧ-антитела отрицательный.***

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

***Анализкрави на резус-антитела отрицательный***

***Анализ кала на яйца-глист отрицательный.***

***Биохимический анализ крови:***

***Общий белок 59 г\л при норме 65-85г\л***

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

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

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

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

***Общий анализ крови:***

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

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

***Тромбоциты 221***

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

***СОЭ 25 мм\ч при норме 2-15мм\ч***

***Клинический анализ мочи:***

***Цвет насыщенно жёлтый***

***прозрачность-помутнение***

***рН кислая***

***белок 0,167г\л при норме следы***

***Анализ мочи по Зимницкому***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Часы*** | ***Плотность*** | ***Кол-во мочи*** |
| ***6-9*** | ***1010*** | ***200мл*** |
| ***10-12*** | ***1020*** | ***100мл*** |
| ***12-15*** | ***1022*** | ***60мл*** |
| ***15-18*** | ***1010*** | ***400мл*** |
| ***18-21*** | ***1020*** | ***140мл*** |
| ***21-24*** | ***1015*** | ***150мл*** |
| ***24-3*** | ***мало мочи*** | ***45мл*** |
| ***3-8*** | ***1008*** | ***220мл*** |

***Ультразвуковое исследование***

***Один плод,в головном предлежании.Соответствует 40 неделе беременности,доношенный,плацента по передней стенке,толщина плаценты 3,0см.Вод несколько больше нормы.Предполагаемая масса плода 4100г.Рубцовых изменений на матке не выявлено.***

***Заключение:беременность 40 недель.Многоводие.***

***Диагноз и его обоснование:***

***Диагноз:Беременность 41 недель.Продольное положение плода,головное предлежание,первая позиция,передний вид.ОПГ-гистоз,осложнявшийся преэклампсией.***

***Обоснование диагноза:***

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

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

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

***3 Движения плода ощущаемые беременной***

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

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

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

***7 Ультразвуковое исследование,при котором определяется один плод в головном предлежании,соответствцующий 40 неделе беременности.***

***Высота стояния дна матки у беременной составляет 38см.Дно матки приподнято до уровня мечевидного отростка и рёберных дуг,что является наивсшим уровнем стояния дна беременной матки.***

***Наличие у больной ОПГ-гистоза доказывается жалобами на отёки на голенях и кистях.Имеется положительный симптом кольца.Патологическая прибавка массы тела за время беременности-20 кг.Повышение артериального давления с 34 недели беременности до 140\80мм.рт.ст.Эпизод преэклампсического состаяния-гологвные боли,чувство тяжести в области затылка на фоне повышенного АД.Наличие протеинурии выявленое при лабораторном анализе мочи.***

***Этиология ОПГ-гистоза:***

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

***Патогенез:***

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

***У данной пациентки в анамнезе имеется пиелонефрит.Почечная патология очень часто является причиной развития ОПГ-гистоза.***

***План ведения:***

***А) Лечение ОПГ-гистоза***

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

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

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

***Б) Лечение данной пациентки:***

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

***Медикаментозная терапия:***

***Спазмолитики(Но-Шпа 0,04 3 раза в день),антигепертензивные средства(папазол 1 таблетка 3 раза в день),поливитамины,Для улучшения реологических свойств крови(трентал 1 таб. 3 раза в день),седативные средства (экстракт валерианы по 2 таб. 3 раза в деньили тазепам по 1 таб. 3 раза в день),можно провести фитотерапию.***

***План ведение родов:***

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

***Дневники:***

***15 апреля 1997***

***Температура 36,6 пульс 84 удара в минуту,ритмичный. АД 120\60 мм.рт.ст.Жалоб нет.Состояние удовлетворительное.Голова не болит,зрение ясное.Аппетит хороший.Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.Диспепсии и дизурии нет.Пальпация области матки безболезнена на всех участках.Матка находится в нормотонусе.Выделения из влагалища слизистые скудные.Сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в минуту.***

***16 апреля 1997***

***Температура 36,5,пульс 80 ударов в минуту,ритмичный.АД 120\70 мм.рт.ст.Жалоб на момент осмотра нет.Состояние удовлетворительное.Голова не болит,зрение ясное.Аппетит хороший. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.Диспепсии и дизурии нет.Пальпация области матки безболезнена на все участках.Матка находится в нормотонусе.Выделения из влагалища слизистые,скудные.Сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в минуту.***

***Эпикриз:***

***x,24 года.Поступила в ЦПСиР 31 марта с направляющим диагнозом ОПГ-гистоз преэклампсическое состояние.Поступила в состоянии средней тяжести,с повышенным давлением140\80 мм.рт.ст.С жалобами на головную боль и чувство тяжести в затылке.Ей была оказана экстренная помощь для снятия преэклампсического состояния в реанимационном отделении.После чего она была переведена в отделение патологии беременности для наблюдения до начала родовой деятельности.Настоящая беременность вторая по счёту (первая закончилась самопроизвольным выкидышем на 12 неделе.После выкидыша было произведено диагностическое выскабливание которое произошло без осложнений.).Первая половина данной беременности была осложнена заболеванием гриппом на 19 неделе,пациентка лечилась амбулаторно,медикаментов не принямала.С 34 недели беременности у больной стало повышаться давление до 130\90-140\80 мм.рт.ст.Ей был поставлен диагноз ОПГ-гистоз.Пациентка проходила стационарное лечение.31 марта произошло повышение давления до 140\80 мм.рт.ст. и появились признпки преэклампсии(головная больи чувство тяжести в затылке).Пациентка была госпитализирована ЦПС иР.где она находится понастоящее время.На данный момент ей проводится медикаментозная терапия спазмолитиками,антигипертензивными препаратами,антиоксидантами,препаратами улучшающими реологические свойства крови.Также ведётся подготовка беременной к родам.Планируется проведение самопроизвольных родов,под эпидуральной анастезией,в случаи возникновения осложнений со стороны беременной или со стороны плода будет проведено экстренное родовспоможение.***

***Литература:***

***Лекция кафедры акушерства и гинекологии по теме ОПГ-гистозы.***