Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Витебский Государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

*История заболевания*

***Ф.И.О*.:** \_\_\_\_\_\_\_ 1984(35 лет)

***Клинический диагноз:***

***Основной:*** Беременность 8-9 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Рвота беременных легкой степени.

Куратор: Студентка 5 курса, 36 группы

Лечебного факультета

Король Юлия Андреевна

Время курации: 18.12.19-25.12.19

Витебск, 2019

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Ф.И.О.**   
**Возраст**: 35 лет (20.04.1984)  
**Место работы, профессия** -   
**Место жительства**   
**Дата и время поступления в стационар, как поступила** - 14.12.19 18:40, бригадой скорой медицинской помощи.  
**Клинический диагноз**:  
**Основной** – Беременность 8-9 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Рвота беременных легкой степени.

**ЖАЛОБЫ**

При поступлении: на постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота, иррадиирующие в поясницу и усиливающиеся при физической нагрузке, слабость, недомогание, многократную рвоту (5 раз).

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родилась в Витебске. Росла здоровым, крепким ребенком. В физическом и умственном развитии не уступала сверстникам. В детстве болела редко. Получила средне- специальное образование, по профессии технолог. Работает в СООО «Белвест». Живет с мужем в муниципальном доме со всеми удобствами, условия быта удовлетворительные. Характер питания удовлетворительный, физкультурой и спортом не занимается. Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит, курение, злоупотребление алкоголя, употребление наркотиков отрицает.

Непереносимость лекарственных и бытовых химических веществ, пищевую аллергию отрицает. Операция гемотрансфузии не производилась.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, цистит, ангина, сколиоз 3 степени, незаращение овального окна, миксоматозная дегенерация митрального клапана, пролапс передней створки митрального клапана.

Гинекологические заболевания: отсутствуют.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Менархе в 13 лет, менструации через 23 дня по 7 дней, умеренные, болезненные, регулярные. После начала половой жизни характер цикла не изменился. Выкидышей, абортов не было. Роды 1.

Последняя менструация была 30.11.19. Половую жизнь начала в 16 лет. Замужем. Половой партнер здоров.

Детородная функция:

Беременность третья, протекает без осложнений.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Больной себя считает с 14.12.19, когда после обеда начались сильные тянущие боли внизу живота и многократная рвота. Резкая слабость и головокружения. Муж вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

**ОБЬЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Общее состояние удовлетворительное. Выражение лица доброжелательное. Сознание ясное. Телосложение правильное, нормостеническое, рост 170 см, вес 62,5 кг. Температура тела 36,6С.

Склеры белые, инъецированность отсутствует. Кожный покров чистый, бледно-розовый, тургор умеренный. Рубцы, следы от расчесов, пальмарная эритема, сосудистые звездочки, варикозное расширение вен отсутствуют. Слизистые полости рта, языка розовые, чистые.

Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Молочные железа мягкие без патологических изменений.

Дыхание через нос свободное, самостоятельное.

Пульс 80 уд/ мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст.

Живот симметричен, участвует в акте дыхания, не увеличен в объеме. При пальпации мягкий, безболезненный.

Кости при пальпации и перкуссии безболезненные. Нарушения развития костного скелета отсутствуют.

Суставы нормальной конфигурации, пассивные и активные движения сохранны в полном объеме, безболезненны.

*Нервная система*

Сознание ясное. Больная ориентирована в месте и времени. Патология со стороны черепно-мозговых нервов не выявляется: обоняние, вкус, зрение слух, координация движений, речь, чтение, письмо не нарушены.

*Органы дыхания*

Форма носа, шей, гортани не изменена. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая. При дыхании экскурсия грудной клетки симметрична. Смешанный тип дыхания. ЧДД 18 в минуту. Дыхание ритмичное. При сравнительной перкуссии легких патологии не выявлено. В обоих легких прослушивается везикулярное дыхание. Хрипов, побочных дыхательных шумов, крепитации, шума трения плевры не прослушивается. Бронхофония одинаковая с обеих сторон.

*Система органов кровообращения*

Видимой пульсации в области сердца, яремной ямки и в эпигастральной области не наблюдается. Верхушечный толчок умеренной силы, локализуется в 5 межреберье на 1.5 см. кнутри от среднеключичной линии. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не пальпируются. Границы относительной тупости соответствуют нормальным. Конфигурация тупости нормальная. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются хорошо.

При аускультации выслушиваются систолические шумы. Пульсация сонных артерий совпадает с систолой желудочков. ЧСС 80 удар в мин. Пульс ритмичный, хорошего наполнения. Одинаковый на обеих руках. Артериальное давление на обеих плечевых артериях 110/70 мм. рт. ст. Изменения периферических вен не обнаружено.

*Система органов пищеварения*

При осмотре слизистая рта, языка розовые, чистые. Участки гиперпигментации, гирсутизм, пальмарная эритема, сосудистые звездочки не определяются. Форма ногтей нормальная. Живот округлой формы, симметричный, не принимает участие в акте дыхания, не увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Акт глотания безболезненный, нарушений глотания твердой и жидкой пищи не отмечается. Стул со слов больной нормальный, оформленный, 1-2 раз в день.

Болезненность в области желчного пузыря, поджелудочной железы не определяется.

Печень не увеличена, при пальпации край ровный, безболезненный. Селезенка пальпаторно не определяется. Свободная жидкость в брюшной полости пальпаторно не определяется. При аускультации определяется умеренно выраженная перистальтика.

*Система органов мочеотделения*

При осмотре пастозность, параорбитальные отеки, припухлость области почек не выявляются. Моча со слов пациентки желто-соломенного цвета, мочеиспускание безболезненное, регулярное, суточный диурез составляет 1200-1500 мл.

При пальпации мочеточниковые точки безболезненны, почки пальпаторно в положение стоя и лежа не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При аускультации сосудов почек патологические шумы не определяются.

*Эндокринная система*

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту. Щитовидная железа визуально не определяется, при пальпации эластичной консистенции, безболезненна.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Наружные половые органы развиты правильно, без видимые патологи-

ческих изменений. Оволосение по женскому типу, умеренное. Кожные пок-

ровы обычной окраски, чистые. Слизистая входа во влагалище розовая,

чистая. Бартолиновы железы не изменены.

В зеркалах: Слизистая влагалища бледно-розовой окраски без видимых патологических изменений. Шейка матки конической формы, чистая. Наружный зев щелевидный. Выделения из половых путей чистые, слизистые.

При влагалищном исследовании: влагалище узкое, своды свободны, глубокие и безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, укорочена 3,0 см,отклонена кзаду. Канал закрыт. Тело матки расположено в anteversio flexio/ Величина соответствует 8 неделе беременности, подвижно. Придатки справа и слева не увелчены, область их пальпации безболезненная. Смещение за шейку матки безболезненное. Крестцово- маточные связки не изменены, параметрии не изменены.

При ректальном исследовании: Слизистая прямой кишки безболезненная,гладкая. Кровь на перчатке отсутствует.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб (на постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота, иррадиирующие в поясницу, резкую слабость, недомогание, многократную рвоту (5 раз).),анамнеза жизни( незаращение овального окна, миксоматозная дегенерация митрального клапана, пролапс передней створки митрального клапана), анамнеза настоящего заболевания (Больной себя считает с 14.12.19, когда после обеда начались сильные тянущие боли внизу живота, резкая слабость, головокружения и многократная рвота.

Была вызвана бригада скорой медицинской помощи,которая доставила пациентку в УЗ «ВГКРД № 2»), объективного исследования (живот не увеличен в объёме, при аускультации сердца выслушиваются систолические шумы), на основании гинекологического анамнеза (тело матки расположено в retroversio flexio. Величина соответствует 8 неделе беременности, подвижно.) можно выставить предварительный диагноз: Беременность 8-9 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Рвота беременных легкой степени.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Посев на флору и чувствительность к антибиотикам из влагалища
4. Биохимическое исследование крови (сахар, белок, билирубин, мочевина)
5. УЗИ сердца
6. Определение группы крови и Rh-принадлежности
7. коагулограмма
8. Мазок из “C” и “U”
9. Мазок на онкоцитологию
10. Кольпоскопия

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. **ОАК 14.12.19г.**

Hb 138 г/л

СОЭ 13 мм/ч

Лейкоциты 7,9 х10\*9/л

Эритроциты 3,98 х10\*12/л

ЦП 1,02

Тромбоциты 275 х10\*9/л

***Заключение:*** норма

1. **ОАМ 15.12.19г.**

Цвет - соломенно-желтый

Прозрачность- мутноватая

Удельный вес 1,020

Белок - отсутствует

Эпителий - 3-4

Лейкоциты- 6-8

*Заключение:* норма

**3.Посев на флору и чувствительность к антибиотикам из влагалища 14.12.19г.**

*Заключение:* микрофлора не выделена.

**4. Биохимический анализ крови 14.12.19г.**

Общий белок - 71 г/л

Мочевина – 5,9 ммоль/л

Креатинин – 61 мколь/л

АсАТ- 20

АлАТ- 16

*Заключение:* без особенностей

1. **Узи сердца 15.12.19г.**

*Заключение:* Утолщение створок МК, выражено незначительно и распространено на обе створки. Характер утолщения позволяет предполагать миксоматозную дегенерацию МК. Пролапс передней створки, выраженный незначительно (3-6 мм). Митральная регургитация 1-2 степени. Незаращение овального окна (по данным ДП ЭХОКС). Множественные дополнительные хорды левого желудочка.

**6.Определение группы крови и Rh-принадлежности.**

Группа крови AB(IV) четвертая.

Rh (+), положительная.

**7. Мазок из “C” и “U”**

«С» «U»

Лейкоциты 2-5 0-4

Эпителий 2-6 3-4

Флора пол. Отс.

*Заключение:* Гонококки не обнаружены.

**8. Мазок на онкоцитологию**

*Заключение:* мазок без особенностей

**9. Коагулограмма**

МНО- 0,96

Фибриноген – 5,6 г/л

AЧТВ – 24,8

*Заключение:* без особенностей

**10. Кольпоскопия**

Шейка покрыта МПЭ, без особенностей.

**ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб (на постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота, иррадиирующие в поясницу, резкую слабость, недомогание,многократная рвота (5 раз).),анамнеза жизни( незаращение овального окна, миксоматозная дегенерация митрального клапана, пролапс передней створки митрального клапана), анамнеза настоящего заболевания (Больной себя считает с 14.12.19г., когда после обеда начались сильные тянущие боли внизу живота, резкая слабость,головокруения, многокрастная рвота.

Пациентка была доставлена БСМП в УЗ «ВГКРД № 2»), объективного исследования (живот не увеличен в объёме, при аускультации сердца выслушиваются систолические шумы), на основании гинекологического анамнеза (тело матки расположено в retroversio flexio. Величина соответствует 8 неделе беременности, подвижно), данных лабораторно- инструментальных методов исследования (ОАК: норма. ОАМ: норма. УЗИ сердца: Утолщение створок МК, выражено незначительно и распространено на обе створки. Характер утолщения позволяет предполагать миксоматозную дегенерацию МК. Пролапс передней створки, выраженный незначительно (3-6 мм). Митральная регургитация 1-2 степени. Незаращение овального окна (по данным ДП ЭХОКС). Множественные дополнительные хорды левого желудочка) можно выставить окончательный клинический диагноз: Беременность 8-9 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Рвота беременных легкой степени.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Формы аборта( выкидыша)** | **Клинические признаки** | | | | |
| **Характер боли** | **Величина матки** | **Характер кровотечения** | **Состояние ш/матки** | **Температура тела** |
| **Угрожающий аборт** | Постоянная, реже схваткообразная | Соответствует сроку беременности | Скудное/ отсутствует | Цервикальный канал закрыт | Нормальная |
| **Начавшийся аборт** | Схваткообразная | Соответствует сроку беременности | Умеренное | Укорочена, раскрытие наружного зева цервикального канала | Нормальная или субфебрильная |
| **Аборт в ходу** | Сильная, схваткообразная | Меньше срока | Обильное со сгустками | Резко укорочена, в наружном зеве- части плодного яйца | Нормальная или субфебрильная |
| **Неполный аборт** | Незначительная, постоянная | Меньше срока | Различная интенсивность | Резко укорочена, цервикальный канал закрыт | Субфебрильная |
| **Полный аборт** | Отсутствует | Нормальная | Сукровичные/ отсутствует | Цервикальный канал закрыт | Нормальная или субфебрильная |

Выставляя диагноз, необходимо так же помнить про **внематочную беременность**. Характерные для нее изменения:

Матка: увеличена, ее размер не соответствует сроку задержки менструации. Форма данного органа грушевидная.

Наружный зев ш/матки: закрыт.

Кровотечение: незначительное наружное, кровь имеет темную окраску, наступает после приступа боли.

Анемия: не соответствует степени наружного кровотечения.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Этиология самопроизвольных выкидышей чрезвычайно разнообразна; нередко к прерыванию беременности приводит не один, а несколько причинных факторов.  
Условно данные факторы группируются следующим образом:  
1) патология матки;

2) [аномалии хромосомного аппарата;](http://notiontiond.tumblr.com/post/70474800266)

3) иммунологические нарушения;

4) эндокринная патология;

5) инфекционный фактор;

6) соматические заболевания и интоксикации;

7) психический фактор.

Частой причиной выкидышей является инфекция материнского организма.   
В эту группу этиологических факторов относятся как общие острые и хронические инфекционные заболевания, так и местные поражения полового аппарата, вызванные бактериальной флорой, микоплазмами, хламидиями, токсоплазмами, листериями, вирусами, грибами. Воспалительные заболевания половых органов могут быть причиной выкидыша, если они сопровождаются нарушением структуры и функции основных слоев эндометрия и миометрия. Причиной самопроизвольного аборта могут быть спайки, фиксированная ретрофлексия, опухоли в малом тазу и другие процессы, препятствующие росту беременной матки.  
\*Нельзя исключить роль психогенного фактора, нередко являющегося пусковым механизмом на фоне действия иных предрасполагающих причин.

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

*План лечения*

1. Режим постельный
2. Полноценное питание, соблюдение правил гигиены
3. Терапия по сохранению беременности
4. Для снижения миогенного тонуса матки:

Sol. Papaverini 2%- 2,0 2р/ сут в/м

1. Р-р MgSO4 25%-10,0 на 200 ml физ.р-ра в\в капельно (защита нервной системы плода, успокоение и легкое обезболивание матери, улучшение плодово-маточного кровотока)
2. Tab. Amoxicyllini 0,25, по 1 таб 2 раза в сутки в течении 7 дней
3. Caps «Urolesan» №40, по 1 таб 3 раза в день (комплексная терапия цистита)
4. Вагинальные суппозитории Ацилакт по 1 суппозиторию 1 - 2 раза в сутки в течение 10 дней (восстановительная терапия после применения антибиотиков) + фестал по 1 таб с каждым приемом пищи
5. Физиотерапевтические методы терапии:

Электрорелаксация матки переменным синусоидальным током, частота 100 Гц, сила 10 мА, продолжительность 30 минут, № 3, через 1 день.

1. Клюквенные чаи, урологические сборы (профилактика цистита)
2. Консультация терапевта

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ**

|  |  |
| --- | --- |
| 15.12.2019 | Жалобы на тянущие боли внизу живота, иррадиирущие в поясницу и усиливающиеся при физической нагрузке, слабость, недомогание. Тошноту,рвоту до 3 раз в сутки. Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров чистый. Пульс 78 уд. в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм. Рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Тело матки в нормальном тонусе, б/болезненное. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет. |

|  |  |
| --- | --- |
| 03.10.2018 | Жалоб на периодические тянущие боли внизу живота. Тошноту , рвоту до 2-3 раз в сутки.Состояние удовлетворительное. Кожный покров чистый, бледно- розовой окраски. Пульс 74 уд. в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм. Рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Тело матки в нормальном тонусе, б/болезненное. Стул и мочеиспускание регулярные, безболезненные. Выделений не видно. |

**ЭПИКРИЗ**

Пациентка, \_\_\_\_\_\_\_\_, 1984 г.р. госпитализирована 14.12.19 в отделение роддома №2, БСМП.  
Поступила с жалобами на тянущие боли в нижней части живота, иррадиирущие в поясницу, резкую слабость, голокружение, многократную рвоту( 5 раз) .

На основании жалоб (на постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота, иррадиирущие в поясницу, слабость, недомогание, многократную рвоту.), анамнеза жизни (незаращение овального окна, миксоматозная дегенерация митрального клапана, пролапс передней створки митрального клапана, эктопия шейки матки), анамнеза настоящего заболевания (Больной себя считает с 14.12.19, когда после обеда начались сильные тянущие боли внизу живота. Муж вызвал БСМП , после чего пациентка была направлена в УЗ «ВГКРД № 2»), объективного исследования (живот не увеличен в объёме, при аускультации сердца выслушиваются систолические шумы), на основании гинекологического анамнеза (Тело мягковатое. Величина соответствует 8 неделе беременности, подвижно), данных лабораторно- инструментальных методов исследования (ОАК: норма. ОАМ: норма. УЗИ сердца: Утолщение створок МК, выражено незначительно и распространено на обе створки. Характер утолщения позволяет предполагать миксоматозную дегенерацию МК. Пролапс передней створки, выраженный незначительно (3-6 мм). Митральная регургитация 1-2 степени. Незаращение овального окна (по данным ДП ЭХОКС). Множественные дополнительные хорды левого желудочка) выставлен окончательный клинический диагноз: Угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш в сроке 8-9 недель беременности. Рвота беременных легкой степени

**Назначенное лечение:**

1. Режим постельный
2. Полноценное питание, соблюдение правил гигиены
3. Терапия по сохранению беременности
4. Для снижения миогенного тонуса матки:
5. Sol. Papaverini 2%- 2,0 2р/ сут в/м
6. Р-р MgSO4 25%-10,0 на 200 ml физ.р-ра в\в капельно (защита нервной системы плода, успокоение и легкое обезболивание матери, улучшение плодово-маточного кровотока)
7. Tab. Amoxicyllini 0,25, по 1 таб 2 раза в сутки в течении 7 дней
8. Caps «Urolesan» №40, по 1 таб 3 раза в день (комплексная терапия цистита)
9. Вагинальные суппозитории Ацилакт по 1 суппозиторию 1 - 2 раза в сутки в течение 10 дней (восстановительная терапия после применения антибиотиков) + фестал по 1 таб с каждым приемом пищи
10. Физиотерапевтические методы терапии:
11. Электрорелаксация матки переменным синусоидальным током, частота 100 Гц, сила 10 мА, продолжительность 30 минут, № 3, через 1 день.
12. Клюквенные чаи, урологические сборы (профилактика цистита)
13. Консультация терапевта

Лечение направлено на сохранение и стабилизацию благоприятного течения беременности и дальнейших родов.  
Наблюдается положительная динамика, лечение продолжается.

Прогноз в отношении жизни благоприятный. В отношении беременности и родов так же благоприятный, если пациентка будет выполнять все рекомендации врача, а именно: полноценность и сбалансированность диетического питания, нормализации функции кишечника и ограничения активности, сопряженной с приложением физических и психоэмоциональных усилий — не поднимать тяжестей, значительно ограничить длительность ходьбы, воздерживаться от половых сношений, избегать конфликтных ситуаций. Постепенно можно увеличивать двигательную активность, но необходимо полностью исключить подъем даже незначительных тяжестей.

При повторных болевых приступах и/или кровянистых выделениях сразу же обращаться за помощью в лечебное учреждение, а также своевременно, в назначенный врачом день, приходить для дополнительного профилактического обследования.