**Паспортная часть**

**ФИО:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст:** 30 л. (1.01.1980)

**Место работы, профессия:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место жительства:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата и время поступления, как поступила:** 8.02.2013, 18.00-18.20, по экстренным показаниям

**Клинический диагноз:** основной - Истмико цервикальная недостаточность. Осложненный акушерский анамнез.

осложнения - Угрожающий поздний выкидыш в сроке беременности 18-19 недель. сопутствующий - Параовариальная киста справа (по УЗИ). СД с гипотензивным синдромом. Варикозная болезнь н/конечностей.

**Жалобы на момент курации**

Больная предъявляет жалобы на незначительные ноющие боли в низу живота без иррадиации.

**Анамнез заболевания**

8.02.2013 около 13.00 отмечает тягучие выделения из половых путей. За медицинской помощью обратилась в женскую консультацию №2. Была направлена в гинекологическое отделение.

**Анамнез жизни**

Наследственность не отягощена. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Перенесла простудные заболевания, ветряную оспу; гемотрансфузии, операции и венерические заболевания отрицает. Аллергические реакции на анальгин и аспирин (отек).

**Активный расспрос о состоянии основных систем**

Жалоб со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыводящей и нервной систем нет.

**Акушерско-гинекологический анамнез**

**Менструальная функция**

Менструации с 11 лет, установились сразу, по 5-6 дней, нерегулярные, 3 раза в год, безболезненные, умеренные. Характер менструаций после начала половой жизни не изменился. Первый день последней менструации - 2 октября 2012 г.

**Секреторная функция**

Выделения из половых путей слизистые.

**Половая функция**

Половую жизнь ведет с 19 лет, брак первый, осуществляла контрацепцию презервативом.

**Детородная функция**

Беременностей - 4, родов - 2, медицинских абортов - 0, самопроизвольных абортов - 1. Первая закончилась срочными родами в 2003 г., вторая беременность – преждевременные роды в 2006 г., третья – самопроизвольный аборт в 2009 г., четвертая – настоящая беременность.

**Гинекологические заболевания**

В 2004 г. была диагностирована эрозия шейки матки, в связи с чем произведена диатермоэлектроэксцизия эрозий. Дисфункция яичников, бесплодие II.

**Объективное обследование**

Общее состояние удовлетворительное.

Телосложение правильное. Рост 168 см, вес 69 кг.

АД 120\80 мм рт. ст.

Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета.

Лимфоузлы доступны пальпации, не увеличены.

Щитовидная железа не увеличена.

Молочные железы мягкие.

Границы легких в норме. Над всей поверхностью грудной клетки выслушивается ясный легочный звук. Дыхание везикулярное.

Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 78 ударов в мин., ритмичный. АД 120\80 мм рт. ст.

Язык влажный. Зубы без кариозных изменений. Зев чистый.

Живот симметричный, увеличен за счет беременной матки, увеличение живота соответствует 18 неделям беременности, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Стул регулярный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Гинекологический статус

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра и парауретральные ходы не изменены. Бартолиновы железы не изменены.

In speculum:

Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрическая, чистая. Выделения слизистые.

Per vaginum:

Влагалище свободное. Своды свободные. Шейка матки цилиндрическая 2,5 см, отклонена кзади. Канал пропускает кончик пальца. Тело матки в anteversio flexio, величина соответствует 18 неделям беременности. Тонус матки в норме. Придатки справа и слева не определяются. Смещение за шейку матки безболезненное. Крестцово-маточные связки не изменены. Параметрии не изменены.

Per rectum:

Слизистая прямой кишки гладкая, крови на перчатке нет.

**Предварительный диагноз**

Истмико цервикальная недостаточность. Осложненный акушерский анамнез. Угрожающий поздний выкидыш в сроке беременности 18-19 недель. Параовариальная киста справа (по УЗИ). СД с гипотензивным синдромом. Варикозная болезнь н/конечностей.

Диагноз поставлен на основании:

- характерных жалоб: на незначительные ноющие боли в низу живота без иррадиации.

- анамнеза: 8.02.2013 около 13.00 отмечает тягучие выделения из половых путей. За медицинской помощью обратилась в женскую консультацию №2. Была направлена в гинекологическое отделение. Менструации с 11 лет, установились сразу, по 5-6 дней, нерегулярные, 3 раза в год, безболезненные, умеренные. Самопроизвольный аборт в 2009 г. В 2004 г. была диагностирована эрозия шейки матки, в связи с чем произведена диатермоэлектроэксцизия эрозий. Дисфункция яичников, бесплодие II.

- клинических проявлений: Тело матки в anteversio flexio, величина соответствует 18 неделям беременности.

**Дополнительные обследования и лабораторные данные с их оценкой**

**Изосерологическое исследование крови от 15.01.2013**

Группа крови 0(I), резус-фактор Rh+

**УЗИ плода от 11.02.2013**

Плод живой, положение продольное, предлежание головное. БПР 35 мм, ДБ 20 мм, ОЖ 106 мм. Головной мозг: срединное М-эхо не смещено. Лицевой череп: глазницы нечетко. Позвоночник в норме. Сердце 4-камерное, полости видны четко, ЧСС ритмичная, срез через 3 сосуда визуализируется. Желудок виден, размеры в норме. В кишечнике норма. Почки: левая видна четко, расположена в типичном месте, ЧЛС 3,7 мм; правая видна четко, расположена в типичном месте, ЧЛС 3,29 мм. Мочевой пузырь наполнен, размеры в норме. Пол плода мужской. Пуповина: 3 сосуда, расположена в области. Плацента расположена на передней стенке, толщина 16 мм. Шейка матки: длина 30 мм, внутренний зев закрыт.

**УЗИ от 24.12.12**

Правый яичник визуализируется, размеры – длина 3,6 см, толщина 2,3 см, ширина 3,9 см, контуры четкие, расположение яичника обычное, структура обычная. Левый яичник визуализируется, размеры – длина 3,6 см, толщина 2,2 см, ширина 3,8 см, контуры четкие, расположение яичника у ребра матки, структура обычная. Объемные образования имеются: единичное, расположенное справа от матки, в области правого яичника, размеры – в диаметре 3,7 см, контур четкий, форма округлая, внутренняя структура жидкостная. Заключение: параовариальная киста справа.

**Общий анализ крови от 9.02.2013**

Hb – 114 г\л

Эритроциты 3,5 х 1012

Цветовой показатель 0,97

Лейкоциты 4,6 х 109

Сегментоядерные 62%

Палочкоядерные 1%

Эозинофилы 1%

Лимфоциты 31%

Моноциты 5%

СОЭ10мм/час

**Общий анализ мочи от 9.02.2013**

Цвет – соломенно-желтый

Относительная плотность 1016

Прозрачность полная

Реакция кислая

Белок отсутствует

Глюкоза отсутствует

Эпителий плоский 3 в п. зр.

Лейкоциты 2 в поле зрения

**Анализ выделений от 9.02.2013**

Уретра:

Лейкоциты 8-10

Эпителий 2-4

Флора палочки

Шейка:

Лейкоциты 30-40

Эпителий 3-4

Флора палочки

**Кровь на RW от 21.12.12**

Отрицательная

**Токсоплазмоз от 9.01.13**

IgM отр., IgJ отр.

**ВИЧ от 21.12.12**

Отрицательный

**БАК от 20.12.12**

Билирубин 11,3

мочевина 5,0

креатинин 70

белок 71

**Коагулограмма от 20.12.12**

АЧТВ 26

ПТИ 1,07

фибрин 16

фибриноген А 3,35

фибриноген В отр.

**Сахар крови от 20.12.12**

глюкоза 3,7 ммоль/л

**Посев из носа на ПС от 20.12.12**

не выделен

**Кровь на HCV+HBSAg от 29.12.12**

AntiHCV отр, HBSAg отр

**Посев из «V» на флору от 20.12.12**

аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы не выделены

**Кровь на ИФА – хламидии от 20.12.12**

IgG отр

**ЭКГ от 21.12.12**

Ритм синусовый, 65-70 в мин, вертикальная ЭОС.

**Клинический диагноз**

основной - Истмико цервикальная недостаточность. Осложненный акушерский анамнез.

осложнения - Угрожающий поздний выкидыш в сроке беременности 18-19 недель. сопутствующий - Параовариальная киста справа (по УЗИ). СД с гипотензивным синдромом. Варикозная болезнь н/конечностей.

**Обоснование диагноза и дифференциальная диагностика**

Диагноз поставлен на основании:

- характерных жалоб: на незначительные ноющие боли в низу живота без иррадиации.

- анамнеза: 8.02.2013 около 13.00 отмечает тягучие выделения из половых путей. За медицинской помощью обратилась в женскую консультацию №2. Была направлена в гинекологическое отделение. Менструации с 11 лет, установились сразу, по 5-6 дней, нерегулярные, 3 раза в год, безболезненные, умеренные. Самопроизвольный аборт в 2009 г. В 2004 г. была диагностирована эрозия шейки матки, в связи с чем произведена диатермоэлектроэксцизия эрозий. Дисфункция яичников, бесплодие II.

- клинических проявлений: Тело матки в anteversio flexio, величина соответствует 18 неделям беременности.

- данных дополнительных методов обследования: УЗИ плода от 11.02.2013

Плод живой, положение продольное, предлежание головное. БПР 35 мм, ДБ 20 мм, ОЖ 106 мм. Головной мозг: срединное М-эхо не смещено. Лицевой череп: глазницы нечетко. Позвоночник в норме. Сердце 4-камерное, полости видны четко, ЧСС ритмичная, срез через 3 сосуда визуализируется. Желудок виден, размеры в норме. В кишечнике норма. Почки: левая видна четко, расположена в типичном месте, ЧЛС 3,7 мм; правая видна четко, расположена в типичном месте, ЧЛС 3,29 мм. Мочевой пузырь наполнен, размеры в норме. Пол плода мужской. Пуповина: 3 сосуда, расположена в области. Плацента расположена на передней стенке, толщина 16 мм. Шейка матки: длина 30 мм, внутренний зев закрыт.

УЗИ от 24.12.12

Правый яичник визуализируется, размеры – длина 3,6 см, толщина 2,3 см, ширина 3,9 см, контуры четкие, расположение яичника обычное, структура обычная. Левый яичник визуализируется, размеры – длина 3,6 см, толщина 2,2 см, ширина 3,8 см, контуры четкие, расположение яичника у ребра матки, структура обычная. Объемные образования имеются: единичное, расположенное справа от матки, в области правого яичника, размеры – в диаметре 3,7 см, контур четкий, форма округлая, внутренняя структура жидкостная. Заключение: параовариальная киста справа.

**Этиология и патогенез**

К истмико-цервикальной недостаточности могут привести повреждения мышечной ткани в области внутреннего зева канала шейки матки (сфинктера шейки матки), изменение соотношения между соединительной и мышечной тканью в шейке матки, а также нарушение нейрогуморальных воздействий на шейку матки. Истмико-цервикальная недостаточность, обусловленную механическим повреждением перешейка и шейки матки, закрывающих полость матки, называют органической (или посттравматической, вторичной). Наиболее частыми причинами органической истмико-цервикальной недостаточностью являются предшествующие выскабливания слизистой оболочки матки, которые сопровождаются механической дилатацией шейки матки, и глубокие разрывы шейки матки при патологических родах (наложение акушерских щипцов, плодоразрушающие операции и др.). Кроме того истмико-цервикальная недостаточность может быть следствием плохого заживления разрывов шейки матки с развитием рубцовой ткани, которая не может обеспечить закрытие шейки матки во время следующей беременности.

Наряду с органической отмечается функциональная истмико-цервикальная недостаточность, которая развивается при отсутствии повреждений перешейка и шейки матки. Патогенез функциональной истмико-цервикальной недостаточности сложен и недостаточно изучен. Считают, что функциональная истмико-цервикальная недостаточность является следствием нарушения соотношения между мышечной и соединительной тканями шейки матки, а также результатом изменений реакции ее структурных элементов на нейрогуморальные раздражители. При гистологическом исследовании ткани шейки матки у женщин с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью обнаруживают увеличение количества мышечной ткани до 50% (в норме мышечная ткань составляет не более 15% массы шейки матки), что ведет к раннему размягчению шейки матки при беременности и развитию ее недостаточности. Функциональная истмико-цервикальная недостаточность наблюдается при гипофункции яичников, примерно у 1/3 больных гиперандрогенией. Очень часто встречается врожденная истмико-цервикальная недостаточность у женщин с гипоплазией матки, генитальным инфантилизмом, пороками развития матки.

В развитии функциональной истмико-цервикальной недостаточности определенную роль играют a- и b-андренорецепторы. Активация a-адренорецепторов ведет к сокращению мышцы матки и расширению перешейка, а активация b-адренорецепторов оказывает обратное действие. Чувствительность a-адренорецепторов усиливается при гиперэстрогении, а b-адренорецепторов — при повышении уровня прогестерона. Раздражение a-адренорецепторов и торможение b-адренорецепторов приводят к развитию функциональной истмико-цервикальной недостаточности.

Механизм самопроизвольного прерывания беременности при органической и функциональной истмико-цервикальной недостаточности состоит в том, что в связи с укорочением и размягчением шейки матки, зиянием внутреннего зева и канала шейки матки плодное яйцо лишается физиологической опоры в нижнем сегменте матки. При увеличении внутриматочного давления по мере развития беременности плодные оболочки выпячиваются в расширенный канал шейки матки, инфицируются и вскрываются, после чего происходит изгнание плодного яйца из полости матки.

**Лечение и профилактика**

Стол Б

Наблюдение за уровнем артериального давления и жалобами.

1. Валериана по 1 таб. 3 раза в день - успокаивающее средство.
2. Папаверин 2% 2 мл в/м 2 раза в день - спазмолитик, как средство, уменьшающее возбудимость и сократимость матки.

Профилактика включает бережное родоразрешение и расширение канала шейки матки при аборте во избежание повреждений в области внутреннего зева шейки матки; своевременное лечение гормональных нарушений функции яичников.

**Дневник**

11/02.13 г.

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительные ноющие боли в низу живота. Кожный покров бледно-розового цвета. Cor-тоны ритмичные, ясные, пульс - 72/мин, ритмичный, достаточного наполнения и напряжения. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания - 16/мин. Живот мягкий безболезненный. Стул, диурез без особенностей.

Назначения:

- стол Б

- Валериана по 1 таб. 3 раза в день

- Папаверин 2% 2 мл в/м 2 раза в день

- эластичное бинтование нижних конечностей.

12/02.13 г.

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительные ноющие боли в низу живота. Кожный покров бледно-розового цвета. Cor-тоны ритмичные, ясные, пульс - 76/мин, ритмичный, достаточного наполнения и напряжения. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания - 18/мин. Живот мягкий безболезненный. Стул, диурез без особенностей.

Назначения:

- стол Б

- Валериана по 1 таб. 3 раза в день

- Папаверин 2% 2 мл в/м 2 раза в день

- эластичное бинтование нижних конечностей.

13/02.13 г.

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительные ноющие боли в низу живота. Кожный покров бледно-розового цвета. Cor-тоны ритмичные, ясные, пульс - 75/мин, ритмичный, достаточного наполнения и напряжения. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания - 16/мин. Живот мягкий безболезненный. Стул, диурез без особенностей.

Назначения:

- стол Б

- Валериана по 1 таб. 3 раза в день

- Папаверин 2% 2 мл в/м 2 раза в день

- эластичное бинтование нижних конечностей.

**Прогноз**

Прогноз при своевременном и рациональном лечении благоприятный: частота невынашивания беременности снижается в 2—3 раза.

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 30 лет. Поступила в стационар 8.02.2013, с диагнозом: Истмико цервикальная недостаточность. Осложненный акушерский анамнез. Угрожающий поздний выкидыш в сроке беременности 18-19 недель. Параовариальная киста справа (по УЗИ). СД с гипотензивным синдромом. Варикозная болезнь н/конечностей. Предъявляет жалобы на незначительные ноющие боли в низу живота.

Данные анамнеза: 8.02.2013 около 13.00 отмечает тягучие выделения из половых путей. За медицинской помощью обратилась в женскую консультацию №2. Была направлена в гинекологическое отделение. Менструации с 11 лет, установились сразу, по 5-6 дней, нерегулярные, 3 раза в год, безболезненные, умеренные. Самопроизвольный аборт в 2009 г. В 2004 г. была диагностирована эрозия шейки матки, в связи с чем произведена диатермоэлектроэксцизия эрозий. Дисфункция яичников, бесплодие II.

При обследовании было обнаружено: Тело матки в anteversio flexio, величина соответствует 18 неделям беременности. УЗИ плода от 11.02.2013

Плод живой, положение продольное, предлежание головное. БПР 35 мм, ДБ 20 мм, ОЖ 106 мм. Головной мозг: срединное М-эхо не смещено. Лицевой череп: глазницы нечетко. Позвоночник в норме. Сердце 4-камерное, полости видны четко, ЧСС ритмичная, срез через 3 сосуда визуализируется. Желудок виден, размеры в норме. В кишечнике норма. Почки: левая видна четко, расположена в типичном месте, ЧЛС 3,7 мм; правая видна четко, расположена в типичном месте, ЧЛС 3,29 мм. Мочевой пузырь наполнен, размеры в норме. Пол плода мужской. Пуповина: 3 сосуда, расположена в области. Плацента расположена на передней стенке, толщина 16 мм. Шейка матки: длина 30 мм, внутренний зев закрыт.

УЗИ от 24.12.12

Правый яичник визуализируется, размеры – длина 3,6 см, толщина 2,3 см, ширина 3,9 см, контуры четкие, расположение яичника обычное, структура обычная. Левый яичник визуализируется, размеры – длина 3,6 см, толщина 2,2 см, ширина 3,8 см, контуры четкие, расположение яичника у ребра матки, структура обычная. Объемные образования имеются: единичное, расположенное справа от матки, в области правого яичника, размеры – в диаметре 3,7 см, контур четкий, форма округлая, внутренняя структура жидкостная. Заключение: параовариальная киста справа.

Назначено лечение:

- стол Б

- Валериана по 1 таб. 3 раза в день

- Папаверин 2% 2 мл в/м 2 раза в день

- эластичное бинтование нижних конечностей.

После выписки из стационара рекомендовано наблюдение у терапевта для контроля уровня АД и уровня глюкозы крови.