МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра акушерства и гинекологии

Заведующий кафедрой: ---------------

Преподаватель: --------------

**Академическая история родов**

Ф.И.О.: ---------------------------

Предварительный диагноз: беременность 15 недель, угрожающий самопроизвольный выкидыш

Клинический диагноз: беременность 15 недель, угрожающий самопроизвольный выкидыш

Заключительный диагноз: беременность 15 недель, угрожающий самопроизвольный выкидыш

Осложнение основного заболевания:

Сопутствующие заболевания: эрозия шейки матки, миопия 1 степени

ФИО: ---------

Группа: --------------

Время курации с 16.02.2007 по 22.02.2007

Пенза,2007

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:**

1. ФИО: --------
2. Дата и год рождения: -------------
3. Возраст ------------
4. Адрес: г. Пенза, ул. ------------------
5. Место работы, должность: ОКБ, мед сестра.
6. Зарегистрирована в браке
7. Дата поступления:8.02.2007, 9.00
8. Дата начала курации: 16.02.2007

**ЖАЛОБЫ**

Жалобы на незначительную боли в низу живота утром после сна, тошноту, рвоту, слабость, утомляемость, сонливость.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Anamnesis morbi

Дата начала последних месячных 31 октября 2006 года

Течение беременности до обращения в женскую консультацию не беспокоило беременную. В женскую консультацию встала на учет 25 декабря 2006 г, установлен срок беременности 8 недель, вес 57,5 кг, АД=100/60.

Пациентка прошла курс лечения с 10 по 26 января в стационаре, куда обратилась с жалобами на сильную тошноту, частую рвоту, боли внизу живота. Диагноз: беременность 10 недель, угрожающий самопроизвольный выкидыш. Медикаментозное лечение включало витамин В12, прогестерон 1%, церукал в/в 3 раза в день, с последующим в/м введением. После лечения состояние беременной улучшилось.

Курс психопрофилактической подготовки к родам не прошла.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОЙ**

Anamnesis vitae

С раннего детства росла и развивалась нормально. По умственному и физическому развитию от своих сверстников не отставала.

Условия быта и труда удовлетворительные.

Перенесенные заболевания в детстве: ОРЗ, грипп, ангина в 8 лет, в 10 лет удалена гемангиома кожи лба.

В 2003 году лечилась по поводу бронхита. В 2005 году обнаружена псевдоэрозия шейки матки. При исследовании выявлена персистенция вируса простого герпеса и хламидийная инфекция. Пациентка прошла курс лечения, проведена криодеструкция шейки матки. Хламидии после лечения не обнаруживались. Прошла курс пердгравидарой подготовки к беременности.

**Половой анамнез**

Пациентка родилась доношенной, у матери невынашиваний не отмечает.

Месячные начались в 12 лет, были в течении 2 лет нерегулярными, болезненными, кровянистые выделения длились в течение 5 дней, первые 2 дня обильные.

Половая жизнь с 24 лет, было два половых партнера

Паритет: первая беременность. Абортов не было.

Вредные привычки беременной и мужа отсутствуют.

Возраст мужа 27 лет

Аллергоанамнез без особенностей.

Гемотрансфузий не переносила.

**Status presens**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, конституция нормостеническая.

Рост 157 см, вес 55 кг до беременности, 57,5 кг на момент госпитализации. ИМТ=22,3 до беременности. Температура тела 36,60С. Кожные покровы и видимые слизистые влажные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются.

Молочные железы по Таннеру соответствует стадии зрелой груди.

Мышцы развиты удовлетворительно, тонус сохранен. При пальпации мышцы безболезненны. Суставы не изменены.

**Органы дыхания**

Осмотр.

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.

Перкуссия

При сравнительной перкуссии легких патологии не выявлено.

Аускультация.

В обоих легких прослушивается везикулярное дыхание. Хрипов, побочных дыхательных шумов, крепитации, шума трения плевры не прослушивается. Бронхофония одинаковая с обеих сторон.

**Органы кровообращения**

Осмотр. Видимой пульсации в области сердца, яремной ямки и в эпигастральной области не наблюдается.

Пальпация

Верхушечный толчок умеренной силы, локализуется в 5 межреберье на 1.5 см. кнутри от среднеключичной линии. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не пальпируются.

Перкуссия.

Границы относительной тупости сердца: правая расположена в 4 межреберье по правому краю грудины, левая находится в 5 межреберье на 2 см. кнутри от левой среднеключичной линии и совпадает с верхушечным толчком, верхняя на уровне 3 ребра кнаружи от парастернальной линии. Конфигурация тупости нормальная.

Аускультация.

Тоны сердца выслушиваются хорошо, ритмичные. Пульсация сонных артерий совпадает с систолой желудочков.

ЧСС=PS=76 в мин. Пульс ритмичный, хорошего наполнения. Одинаковый на обеих руках.

Артериальное давление на обеих плечевых артериях 85/60 мм. рт. ст.

Изменения периферических вен не обнаружено.

##### **Органы пищеварения**

Осмотр.

Язык нормальной окраски, состояние сосочкового слоя в норме, миндалины не выходят за пределы небных дужек, слизистая розового цвета.

При пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

###### Печень и желчный пузырь

Выпячивания и деформации в области печени не наблюдается.

###### Селезенка

Выпячивания и деформации в области селезенки не наблюдается.

Органы мочевыделения.

Изменений в поясничной области нет, симптом поколачивания отрицательный. Диурез адекватен, мочеиспускание безболезненное.

##### **Нервная система**

Сознание ясное, в пространстве и времени ориентируется. Речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Головные боли не беспокоят. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены.

Эндокринная система: патологии не выявлено.

**СПЕЦИАЛЬНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

1. наружный осмотр живота: живот увеличен, симметричен, высота стояния дна матки 3 см, окружность живота 77 см.
2. наружное акушерское исследование с применением методов Леопольда-Левицкого
3. Первым методом определяем высоту стояния дна матки, которая равна 3см. наружная пельвиометрия
   * distancia spinarum=26 см
   * distancia cristarum=29 см
   * distancia trohanterica=31 см
   * conjgata externa=20 см
   * прямой размер выхода таза=9,5 см
   * поперечный размер выхода таза=11 см
   * высота лона=4 см
   * лонный угол=90
   * ромб Михаэлиса: вертикальный размер=11 см, горизонтальный – 10 см.
   * индекс Соловьева=15 см
4. подсчет индексов таза

сумма индексов таза (distancia spinarum, distancia cristarum, conjgata externa, distancia trohanterica) 106

истинная коньюгата=11 см

индекс Файнберга: (15+3)/20=0,9

индексы таза соответствуют норме.

1. подсчет срока беременности на день курации 16.02.2007
   * по первому дню последних месячных (31.10 2006) 15 недель 3 дня
   * по дню первого обращения в женскую консультацию (25.12.2006) 8 недель
   * по данным УЗИ, проведенного 10 января, беременность 10 недель
   * по высоте стояния дна матки: дно матки 5 см, что соответствует 15 неделям
2. оценка пренатальных факторов риска

социально-биологические: эмоцианальная нагрузка-1 балл, проф. вредности матери-3 балла

экстрагенитальные факторы: миопия – 2 балла

беременная относится к группе среднего риска

1. status gynoecologicus

оволосенение по женскому типу

Влагалищное исследование 8.02.2007: влагалище узкое нерожавшей, шейка матки эрозирована, матка увеличена до 14 недель беременности, мягкая, подвижная, безболезненная, придатки не определяются, свод свободный, выделения слизистые.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Беременность 15-16 недель, угрожающий самопроизвольный выкидыш

* этиология и патогенез основного заболевания

1. среди социально-биологических факторов, играющих роль в невынашивании беременности, отмечается профессия матери. Работа мед сестрой предусматривает постоянный контакт с лекарственными средствами, эмоциональную нагрузку.
2. потеря беременности связана со снижением активности цитотрофобласта. Нарушение волн инвазии трофобласта связано со снижением его ферментативной активности. Продукты свободнорадикального окисления приводит к повышения проницаемости мембран и их деструкции, в том числе мембран лизосом. Активность GLU при угрожающем аборте в 4 раза уменьшается по сравнению с физиологической беременностью, активность ФСЕ также несколько снижается, что может быть диагностическим признаком недостаточности ПЛ и ранней плаценты (хориона). Общая активность GLU при НБ снижается в ложе в 2 раза по сравнению с хорионом, а АСЕ при НБ несколько выше в ложе и, наоборот, при нормальной беременности в хорионе. Коеффициент проницаемости лизосомальных мембран по GLU при нормальной беременности в хорионе и ложе практически не отличается, при НБ в ложе он оказывается в три раза выше, чем в хорионе, где практически не изменяется. КПЛМ по АСЕ при НБ был несколько выше в хорионе, чем в ложе. ЧЕМ НИЖЕ БЩАЯ АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТА, ТЕМ ВЫШЕ ЕГО КПЛМ. При НБ в I триместре низкая ферментативная активность хориона является первопричиной данного осложнения. С начала развития беременности бластоцита не обладает тем потенциалом литической активности, которая необходима ей для полноценной нидации, что приводит к нарушению первой волны инвазии цитотрофобласта и развитию первичной ПН.
3. маркеры апоптоза. При раннем самопроизвольном выкидыше экспрессия маркера CD95 на клетках хориона и децидуальной ткани приближается к физиологическим значениям, а количество аннексин-V-связывающих клеток больше, чем в норме. Экспрессия CD 95 при НБ обнаруживается почти в 3 раза чаще как в хорионе, так и в децидуальной ткани, а количество аннексин-V-связующих клеток увеличивается в 1,5 раза.
4. В 2005 году у пациентки обнаружена псевдоэрозия шейки матки, одной из причин является вирус простого герпеса. Генитальный герпес относится к наиболее частым инфекциям среди пациенток с привычным невынашиванием, может быть причиной самопроизвольного выкидыша. У таких больных имеются признаки вторичного иммунодефицита, которые проявляются снижением суммарной популяции Т-лимфоцитов, уменьшением количества Т-хелперов и Т- супрессоров, повышением содержания киллеров. При оценке местного иммунитета, при исследовании эндометрия в первую фазу менструального цикла могут быть увеличении цитотоксические клетки, иммуноглобулины в эндометриальном секрете, которые могут быть маркерами хронического эндометрита с персистирующей вирусной инфекцией.
5. Помимо вирусной инфекции в прерывании беременности играет роль хламидийная инфекция. Можно полагать, что развитие дисбиотических процессов в микроценозе нижнего отдела полового тракта является ведущим патогенетическим звеном в механизме восходящего инфицирования эндометрия.

Персистируя длительное время, вирусно-бактериальная инфекция может приводить к изменению антигенной структуры инфицированных клеток за счет собственно инфицированных антигенов включаемых в структуру поверхностных мембран, так и образования новых клеточных антигенов, детерминированных клеточным геномом. При этом развивается иммунный ответ на гетерогенизированные аутоантигены приводящий к появлению аутоантител, который, с одной стороны, оказывает разрушающее действие на клетки собственного организма, но, с другой стороны, является защитной реакцией, направленной на сохранение гомеостаза.

Аутоиммунные реакции, вирусно-бактериальная колонизация эндометрия относится к наиболее частым этиологическим факторам, вызывающим развитие ДВС-синдрома.

В случае наступления беременности аутоиммунные реакции и активация инфекции могут приводить к развитию ДВС-синдрома, возникновению локальных микротромбозов в области плацентации с образованием инфарктов с последующей отслойкой плаценты.

Хроническая вирусно-бактериальная инфекция у пациенток с привычным невынашиванием, персистируя в организме и оставаясь при этом бессимптомной, приводит к активации системы гемостаза и иммунитета на локальном уровне, которые непосредственно участвуют в процессах гибели и отторжения плодного яйца.

Известно, что у женщин с привычным невынашиванием клетки крови после инкубации с трофобластическими клетками in vitro вырабатывают растворимые факторы, которые оказывают токсическое действие на процессы на процессы развития эмбриона и трофобласта. Эмбриотоксические свойства принадлежат цитокинам, продуцируемым СD4+ клетками 1 типа и интерферону. Интерфероны активируют клеточный иммунитет путем усиления цитотоксичности естественных киллеров, фагоцитоза, антигенпрезентации и экспрессии антигенов гистосовместимости, активации моноцитов и макрофагов. Противовирусный эффект интерферона связан с индукцией им внутри клетки синтеза двух ферментов – протеинкиназы и олигоаденилатсинтетазы. Эти два фермента ответственны за наведение и поддержание состояния невосприимчивости к вирусной инфекции.

Одна из функций интерферона во время беременности – предотвращать трансплацентарное распространение вирусной инфекции. При вирусной инфекции содержание ИФН возрастает как в крови матери, так и в крови плода.

ИФН рассматривают в качестве цитотоксического фактора у женщин с привычным невынашиванием. В норме интерфероновый статус характеризуется низким содержанием в сыворотке и выраженной способностью к лейкоцитов и лимфоцитов продуцировать эти белки в ответ на индукторы. Диспропорция продукции различных типов ИФН может приводить к развитию патологического процесса. Острые вирусные инфекции приводят к резкому увеличению уровня сывороточного интерферона, одновременно с этим происходит активация интерферонзависимых внутриклеточных противовирусных механизмов.

Провоспалительные цитокины активируют цитокиентические свойства NK-клетки фагоцитарную активность макрофагов, которые находятся в эндометрии и децидуальной ткани у пациентов с хроническим эндометритом и могут оказать прямое повреждающее действие на трофобласт. Процессы, которые индуцируют провосполительные цитокины, тормозят и могут остановить развитие беременности на ранних ее этапах, участвуя в патогенезе привычного невынашивания.

Персистентная форма вирусно-бактериальной инфекции, особенности состояния иммунной системы, системы интерферона и уровни провоспалительных цитокинов свидетельствуют о значительной роли инфекции не только в спорадических, но и в привычном невынашивании беременности.

**план обследования**

* 1. ОАК, ОАМ
  2. биохимический анализ крови, гемостазиограмма
  3. определение волчаночного антикоагулянта
  4. определение титра ХГЧ 1 раз в 2 недели, 17-КС 1 раз в 2 недели, суммарных эстрогенов и прегнадиола в моче
  5. исследование крови на ат к ХГЧ
  6. определение уровня плацентарного лактогена и эсриола в крови методом радиоиммунной диагностики
  7. бактериологическое исследование из цервикального канала, микроскопия мазков по Грамму
  8. определение в слизи цервикального канала методом ПЦР вируса простого герпеса, хламидий
  9. определение в крови антител к вирусу простого герпеса

Для подбора иммуномодулирующей терапии и определения порядка лечения проводится

* 1. определение субпопуляций Т-клеточного иммунитета, уровень IgG, IgM, IgA классов
  2. оценка интерферонового статуса: показатели ИФН в сыворотке
  3. определения активности лизосомальных ферментов (АСЕ и GLU)
  4. кольпоскопия
  5. УЗИ почек
  6. ЭКГ
  7. гистерографическое исследование для оценки сократительной активности матки с 16 недель
  8. кардиотокография плода

**план ведения беременной**

1. контроль активации бактериальной и вирусной инфекции
2. оценка клинического течения беременности
3. УЗИ плода (контуры плодного яйца, наличие сердцебиения, место формирования ветвистого хориона, состояние желточного мешка)
4. вирусологические, бактериологические исследования каждые 2 недели в связи с частой сменой микрофлоры, определение микроценоза влагалища
5. контроль АД
6. контроль гемостазиограммы, определение волчаночного антикоагулянта
7. контроль состояния шейки матки, тк возможна ИЦН. Каждые 2 недели при взятии мазков проводится осторожно стерильной перчаткой осмотр шейки матки.
8. профилактика активации вирусной инфекции
9. контроль состояния плода методом доплерометрии плодово-плацентарного и маточно-плацентарного кровотока.
10. осмотр врачей других специальностей: окулист, эндокринолог.

**Данные обследования**

Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | норма |
| гемоглобин | 108 | 118-166 |
| эритроциты | 3.6\*1012/л | 3.5-5.0\*1012/л |
| цветовой показатель | 0.9 | 0.8-1.1 |
| лейкоциты | 9.3\*109/л | 4.0-9.0\*109/л |
| нейтрофилы |  |  |
| палочкоядерные | 1% | 1-6% |
| сегментоядерные | 62% | 45-70% |
| моноциты | 10% | 6.0-8.0% |
| эозинофилы | 2% | 0-5.0% |
| лимфоциты | 26% | 20-35% |
| эозинофилы | 1% | 0-5% |
| моноциты | 10% | 2-9% |
| тромбоциты | 192\*109 |  |
| СОЭ | 10мм/ч | 1-10 мм/ч |
| РОЭ | 21мм | 1-16 мм/ч |

Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | норма |
| общий белок | 67.3г/л | 60-80г/л |
| мочевина | 6.16ммоль/л | 2.5-8.3ммоль/л |
| креатин | 127ммоль/л | 44-132ммоль/л |
| билирубин общий | 14.3ммоль/л | 8.5-25ммоль/л |
| глюкоза | 3.4ммоль/л | 3.5-5.5ммоль/л |
|  |  |  |
| фибриноген | 3.35г/л | 2-6г/л |
| ПТИ | 88% |  |

Общий анализ мочи

Цвет светло-желтый, удельный вес – 1.015, белка нет, реакция кислая, прозрачная, переходный эпителий 0-1 в п. з., лейкоциты 1-2 в п.з., слизи нет

УЗИ почек:

Чашечки, лоханки не расширены, конкременты не обнаружены

УЗИ гениталий (16.01.2007):

Размер матки 107\*66\*74 мм, контуры ровные, миометрий однородный. В полости матки плодное яйцо 70\*60\*35 мм, вытянутой формы, один живой эмбрион. КТФ 44 мм, БПР головки 15 мм. Движения плода активные. Яичники без особенности

Заключение: беременность 10-11 недель. Угроза выкидыша (умеренные признаки).

Кольпоскопия: эктопия беременной.

Микроскопическая оценка биоценоза влагалища беременной: промежуточный тип (умеренное количество лактобактерий, наличие грамположительных кокков, грамотрицательных палочек, обнаруживаются лейкоциты, моноциты, макрофаги, эпителиальные клетки).

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС-70 уд в мин, угол α - +35 - нормальное положение электрической оси.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Беременность 15 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Эрозия шейки матки. Миопия 1 степени.

Состояние плода удовлетворительное, плод развивается соответственно срокам беременности.

Обоснование клинического диагноза.

Беременность 15 недель установлена на основании расчета по первому дню последних месячных (31 октября 2006г), данных УЗИ, влагалищного исследования.

Угрожающий самопроизвольный выкидыш установлен на основании жалоб пациентки на незначительную боль в низу живота утром после сна, тошноту, рвоту, слабость, утомляемость, сонливость.

При оценке пренатальных факторов риска выявлено наличие эмоциональной нагрузки, проф. вредностей матери, что провоцировало данное патологическое состояние.

По данным влагалищного исследования выявлена эрозия шейки матки, при кольпоскопии – эктопия беременной.

Из анамнеза беременной известно, что в 2005 году она пролечилась по поводу псевдоэрозии шейки матки, причиной чего явилась персистенция хламидий и вируса простого герпеса в организме женщины. Вирусная инфекция перешла в хроническую форму, и является непосредственной причиной угрожающего самопроизвольного выкидыша.

**ЛЕЧЕНИЕ**

* рациональное питание – белковая диета, обогащенная белком и ПНЖК
* физический и сексуальный покой
* психотерапия, седативные средства: отвар пустырника, валерианы
* витаминотерапия ограниченным количеством препаратов: витамин Е 400 МЕ (витамин Е по 1 капсуле (0.2 мл 50% раствора) 2 раза в день, 14 дней), кератиноиды 100МЕ, фолиевая кислота 1 таблетка 3 раза в день.
* Лечение анемии – назначение сухих белковых смесей в сочетании с препаратами железа (Фемилак)
* иммуноглобулин в/в капельно в дозе 25,0 через день № 3.
* Ректальные свечи с вифероном (500000) по 1 свече 1 раз в день 10 дней, 2 недели перерыв, затем вновь по 1 свече 10 дней
* Для профилактики плацентарной недостаточности актовегин по 1 таблетке 3 раза в день или 5,0 мл в 200,0 физ. раствора № 5 через день
* Магне-В6 (седативный эффект, улучшает сон, оказывает спазмолитическое действие, снимает напряжение матки, оказывает послабляющий эффект) 4 таблетки в день. Режим: 2 таб утром и 2 таб на ночь 2 недели.

Физиотерапевтические методы терапии:

* Гальванический воротник по Щербаку
* Электрофорез сульфата магния на низ живота №5, через 2 дня 5 процедур
* Электроаналгезия 1 час, № 10
* Электрорелаксация матки переменным синусоидальным током, частота 100 Гц, сила 10 мА, продолжительность 30 минут, № 3
* Гипербарическая оксигенация курс 10 дней.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 16.02.07 9.00 ч  АД 100/60  ЧД 17  Пульс 78 уд/мин  Вес57,5 кг | 36,8 | 37,0 | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые не изменены. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме. | ДиетаРежим палатный |
| 18.02.07 9.00 ч  Пульс 76 уд/мин. АД 95/60 мм.рт.ст.  ЧД 17 в мин  Вес 57,5 кг | 36,4 | 36,6 | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые не изменены. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Диурез адекватен. | Назначения те же. |
| 20.02.07 9.00 ч  Пульс 76 уд/мин. АД 95/60 мм.рт.ст  ЧД 17 в мин  Вес 57, 6 | 36,7 | 36,7 | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые не изменены. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Назначения те же |