МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра акушерства и гинекологии

Заведующий кафедрой: к.м.н., доцент

Преподаватель: к.м.н., доцент

Академическая история родов

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_

Предварительный диагноз: Беременность 10 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Токсикоз 1 половины беременности. Отягощённый акушерский анамнез

Клинический диагноз: Беременность 10 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Токсикоз 1 половины беременности. Отягощённый акушерский анамнез

Заключительный диагноз: Беременность 10 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Токсикоз 1 половины беременности. Осложнение основного заболевания: нет

Сопутствующие заболевания: нет

ФИО

Группа

Время курации

с 07.03.2007 по 09.03.2007

Пенза 2007

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата и год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Возраст 24 года
4. Группа крови: А(I)
5. Резус принадлежность: + (положительна)
6. Адрес: г. Пенза
7. Место работы, должность:
8. Зарегистрирована в браке
9. Дата поступления:26.02.2007, 9.00
10. Дата начала курации: 07.03.2007

ЖАЛОБЫ

На момент поступления жалобы на тянущие боли в нижнем отделе живота, которые появлялись вне зависимости от времени суток, физической и эмоциональной нагрузки, кроме того тошноту, рвоту, слабость, утомляемость.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дата начала последних месячных 25 декабря 2006 года, в связи с задержкой месячных, самостоятельно был использован тест на беременность (результат положительный).

Беременность вторая. Течение этой беременности в самом начале не беспокоило беременную. Наблюдалось отвращение к запаху табака, рыбным продуктам. К врачу обратилась 24 февраля 2006 г, когда возникли тянущие боли в нижнем отделе живота вне зависимости от времени суток, физической и эмоциональной нагрузки, кроме того тошноту, рвоту, слабость, утомляемость. При первом обращении установлен срок беременности 8 недель, вес 56 кг, АД=110/70.

26 декабря в связи с продолжающимися тянущими болями в нижнем отделе живота, которые появлялись вне зависимости от времени суток, физической и эмоциональной нагрузки была направлена в гинекологический стационар больницы им. Семашко, где прошла курс лечения с 26.02.07. по 9.03.07 с диагнозом: беременность 8-9 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Токсикоз 1 половины беременности. Состояние беременной в результате лечения улучшилось, симптомы, присутствующие при поступлении исчезли на 6–7 день лечения. На момент курации жалоб не предъявляет.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОЙ

Пациентка родилась доношенной, у матери невынашиваний не отмечает.

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

Условия быта и труда удовлетворительные.

Менструальная функция: месячные начались в 13 лет, были в течение полугода нерегулярными, болезненными, кровянистые выделения длились в течение 5 дней, первые 2 дня обильные, цикл 35 дней. В настоящее время месячные регулярные безболезненные, кровянистые выделения длятся 5 дней, цикл 35 дней.

*Перенесенные заболевания в детстве*: ОРЗ, грипп, ангина в 8 лет. Туберкулёз, желтуху, ВИЧ инфекцию отрицает у себя и у мужа.

Сексуальная функция: половая жизнь с 17 лет, было два половых партнера.

Паритет: вторая беременность. Первая беременность была в 21 год, вследствие семейных обстоятельств был произведен аборт в сроке 12 недель, осложнений не наблюдалось.

Секреторная функция: выделения из влагалища слизистые в незначительном количестве без запаха. Кольпитов, воспалительных процессов в области гениталий, зуда, жжения в области вульвы, влагалище не отмечала.

Вредные привычки беременной и мужа на данный момент отсутствуют. Пациентка в течение 8 лет курила лёгкие сигареты (с 16 до 23 лет).

Возраст мужа: 40 лет(2-й брак, от 1-го брака имеет 3-х детей, возраст которых 21, 20 и 15 лет)

Группа крови мужа: А(I)

Резус принадлежность мужа: + (положительный)

Аллергоанамнез: аллергических реакций в виде кожного зуда, сыпи, крапивницы, отека Квинке после введения каких-либо лекарственных препаратов, приема пищевых продуктов не отмечалось ни у пациентки, ниу её родных.

Гемотрансфузий не переносила.

STATUS PRAESENS

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

Рост 162 см, вес 56 кг до беременности, 57,5 кг на момент госпитализации. ИМТ= 56/(1.62)2 =21,33 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.

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.

Органы 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 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.

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 110/70 мм. рт. ст.

Изменения периферических вен не обнаружено.

##### Органы пищеварения.

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 не увеличен, симметричен, окружность живота 64 см.
2. наружная пельвиометрия
	* distancia spinarum=25 см
	* distancia cristarum=29 см
	* distancia trohanterica=36 см
	* conjgata externa=21 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=14 см

Данные пельвиометрии в пределах нормы.

1. подсчет индексов таза

сумма индексов таза (distancia spinarum, distancia cristarum, conjgata externa, distancia trohanterica) 111

индекс Файнберга: (14+3)/21=0,8

индексы таза соответствуют норме.

1. подсчет срока беременности на день курации 07.03.2007
	* по первому дню последних месячных (25.12 2006) 10 недель 2 дней
	* по дню первого обращения в женскую консультацию (24.02.2007) 8 недель 5 дней

На данный момент других вариантов (первое УЗИ, первое шевеления плода, дата прослеживания первого сердцебиения плода, дата пальпации головки плода) невозможно.

1. оценка пренатальных факторов риска.

социально-биологические: возраст отца 40 лет – 2 балла.

Акушерско-гинекологический анамнез: 1 аборт перед первыми настоящими родами – 2 балла.

экстрагенитальные факторы: нет

Сумма баллов – 4. Беременная относится к группе низкого риска

1. status gynoecologicus

Наружный осмотр половых органов. Оволосение по женскому типу, отделяемое из уретры и парауретральных ходов отсутствует.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища цианотична, шейка матки сохранна, отклонена кзади, консистенция плотная, структурных изменений нет, наружный зев замкнут, изменений эпителия влагалищной части шейки нет. Выделения слизистые, в незначительном количестве, без запаха.

Влагалищное исследование 26.02.07. Влагалище нерожавшей свободное. Цервикальный канал замкнут. Матка увеличена до 8–9 недель беременности, мягкая, при пальпации оплотневает, остается в тонусе длительное время. В области придатков матки опухолевидных образований не пальпируется. Мыс не достижим. Conjgata diagonalis больше 12,5 см. ёмкость таза достаточна. Видимые жёлтые бели.

Оценка зрелости шейки матки по Бишопу: 0 баллов, шейка матки незрелая (консистенция шейки плотная, длина шейки более 2 см, наружный зев замкнут, шейка отклонена кзади).

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Беременность 10 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Токсикоз 1 половины беременности. Отягощённый акушерский анамнез.

Обоснование предварительного диагноза.

Диагноз «беременность» поставлен на основании анамнестических данных – задержка месячных, изменение аппетита (отвращение к рыбным продуктам), обонятельных ощущений (отвращение к запаху табака, к духам), положительном результате теста на беременность (использован самостоятельно), данных осмотра – при влагалищном исследовании слизистая влагалища слегка цианотична, матка увеличена до 8 – 9 недель беременности (26.02.07., т. е. с момента проведения влагалищного исследования прошло 9 дней) – вероятные признаки беременности.

Срок беременности 10 недель ставится на основании расчетов по первому дню последних месячных (25.12.06.) и по дню первого обращения в женскую консультацию (25.02.07.), а также по данным влагалищного исследования (26.02.07. матка увеличена до 8–9 недель).

Диагноз «угрожающий самопроизвольный выкидыш» поставлен на основании наличия невыраженных тянущих болей внизу живота, данных осмотра с помощью зеркал (шейка сохранна, структурных изменений нет, наружный зев закрыт), данных влагалищного исследования (тонус матки повышен).

Диагноз «токсикоз первой половины беременности» поставлен на основании жалоб на тошноту, особенно по утрам.

Отягощённый акушерский анамнез – указание на аборт в анамнезе.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДАННОГОЗАБОЛЕВАНИЯ

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; 3) иммунологические нарушения; 4) эндокринная патология; 5) инфекционный фактор; 6) соматические заболевания и интоксикации; 7) психический фактор.

К патологии матки, способствующей самопроизвольному выкидышу, относят аномалии развития Мюллерова протока (перегородка, седловидная, двурогая матка), синехии полости матки (синдром Ашермана), истмико-цервикальная недостаточность, гипоплазию матки и миому, повреждение матки вследствии искусственного прерывания беременности.

Аномалии хромосомного аппарата, приводящие чаще всего к выкидышам на ранних сроках развития беременности, связаны со структурными нарушениями или с количественными аберрациями хромосом.

В последние годы интенсивно разрабатываются вопросы, касающиеся роли иммунных факторов в невынашивании беременности: доказаны несомненные нарушения клеточного и гуморального иммунитета у женщин с привычными выкидышами, многими авторами подчеркивается роль антигенов гистосовместимости в этиологии невынашивания беременности, изосерологическая несовместимость по группе и резус-фактору крови матери и плода.

Эндокринная патология с глубокими изменениями функции органов чаще приводит к бесплодию. Самопроизвольные выкидыши обычно происходят у женщин со стертыми формами гормональных нарушений. В первую очередь это относится к гипофункции яичников, как правило выражающейся лютеиновой недостаточностью, а также гиперандрогенией надпочечникового и яичникового генеза. При этом самопроизвольный выкидыш может наступить как при спонтанно наступившей, так и при медикаментозно индуцированной беременности. Прерывание беременности (выкидыш) нередко происходит при гипертиреозе, гипотиреозе, диабете, выраженных нарушениях функции надпочечников, яичников и других желез внутренней секреции. Выкидыши наблюдаются не только при клинически выраженных заболеваниях эндокринной системы, но также при стертых формах нарушения функций желез внутренней секреции. При эндокринных расстройствах не совершается перестройка функции желез внутренней секреции, необходимая для нормального течения беременности и развития плода.

Интоксикация организма (особенно хроническая) часто ведет к гибели плода и к выкидышу. Наибольшее значение имеют свинец, ртуть, бензин, никотин, анилиновые соединения и другие химические вещества, оказывающие токсическое действие.

Среди причин абортов или выкидышей особое место занимает воздействие ионизирующей радиации. Плод обладает высокой чувствительностью к действию радиации, повреждение его возникает при дозах излучения, которые переносимы организмом взрослых. Поэтому у женщин, работающих с источниками радиации, наблюдались выкидыши и другие нарушения генеративной функции. В связи с этим беременные женщины к работе с источниками радиации не допускаются; запрещен также труд беременных и в ряде отраслей химической промышленности.

Нарушение питания. Выкидыш может возникнуть при голодании, особенно достигшем степени алиментарной дистрофии. Аборт может возникнуть не только при резком ограничении общего количества пищи, но также при неполноценном питании. Особое значение имеет недостаток витаминов, имеющих важное значение для развития плода и всех процессов, определяющих физиологическое течение беременности.

Изоантигенная несовместимость крови матери и плода. При несовместимости крови супругов по резус-фактору, системе АВ0 и другим антигенам плод может наследовать антигены отца. Антигены плода (несовместимые с материнскими) проникают через плаценту в организм беременной и вызывают образование специфических антител. Антитела к резус-фактору, к групповым и другим антигенам проникают через плаценту в организм плода и вызывают гемолитическую болезнь и другие нарушения, которые могут вызвать гибель плода и выкидыш. Чаще происходит прерывание не первой, а повторной беременности в связи с тем, что сенсибилизация организма после первой беременности возрастает. Аномалии яйцеклеток и сперматозоидов, возникшие до оплодотворения, могут быть причиной ненормального развития плода и последующего аборта. Нарушения половых клеток супругов, в том числе и хромосомные аномалии, могут быть наследственными и возникшими под влиянием различных факторов внешней среды (тяжелые заболевания, алкоголизм, интоксикации и др.). В таких случаях гибель эмбриона может произойти на самых ранних стадиях развития (период имплантации, начальный период органогенеза).

К частым причинам самопроизвольного выкидыша относится предшествующее искусственное прерывание беременности. Особенно неблагоприятное значение имеет производство искусственного аборта при первой беременности. Возникновению самопроизвольных абортов после искусственного прерывания беременности способствует ряд причин. Большое значение имеют нарушения в эндокринной и нервной системе, хронический эндометрит и другие воспалительные заболевания, которые нередко возникают после аборта. При расширении шейки и инструментальном удалении плодного яйца возможно повреждение мышечных элементов, располагающихся в истмическом отделе и вокруг внутреннего зева цервикального канала и может привести к возникновению недостаточности истмико-цервикального канала. Эта патология способствует прерыванию последующих беременностей.

Заболевания и пороки развития половых органов также могут быть причиной самопроизвольных выкидышей.

Выкидыш может наступить при миоме матки, если имплантация, происходит в той области слизистой оболочки, которая покрывает миоматозный узел, является истонченной и не обеспечивает нормального питания и развития плода.

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 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.

Любая из вышеперечисленных причин, в конечном счете, приводит к усилению сократительной активности матки, отделению плодного яйца от стенки матки и его изгнанию. В I и начале II триместра (до полного формирования плаценты) плодное яйцо отделяется и выделяется из матки без вскрытия плодного пузыря. В более поздние сроки при сформировавшейся плаценте прерывание беременности происходит по типу родового акта: раскрывается шейка матки, изливаются околоплодные воды, рождается плод, а затем – послед.

У данной пациентки в возрасте 21 года было выполнено искусственное прерывание беременности, что может повлиять на течение настоящей беременности, в частности, может стать причиной диагностированного угрожающего самопроизвольного выкидыша. Операции искусственного аборта являются основной причиной травматических повреждений матки. При аборте травмируется шейка матки, сама полость матки, и даже после аборта без осложнения могут происходить дистрофические изменения в миометрии, что часто приводит к хроническому метриту.

Также на появление патологии беременности у данной пациентки могло повлиять курение с 16 до 23 лет (беременность в 24 года).

Кроме того, у данный пациентки длительность менструального цикла составляет 35 дней, что является больше нормы, то есть в данном случае может быть дисфункция яичников, однако другие симптомы, характерные для патологии яичников (неустановившийся цикл, недоразвитая половая система, болезненные менструации, недоразвитая слизистая, функциональная шеечная недостаточность) отсутствуют. Возможно также предположение наличия гормональной недостаточности в виде снижения прогестерона, гонадотропина, эстрогенов, ФСГ, гиперсекреции лютеинизирующего гормона, однако исследование уровня этих гормонов проведено не было.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

* 1. ОАК – общеклинический метод обследования, направленный на определения количества форменных элементов в крови, возможной диагностики воспалительных процессов.
	2. ОАМ - общеклинический метод исследования, направленный на диагностику сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы.
	3. Биохимический анализ крови, гемостазиограмма. Определение уровня общего белка – для оценки активности белкового обмена, билирубина – для диагностики функциональной активности печени, креатинина, мочевины – для оценки детоксикационной способности почек; ПТИ, фибриногена - с целью определения активности свертывающей системы крови, глюкозы - с целью диагностики нарушения углеводного обмена.
	4. Определение титра хориального гонадотропина 1 раз в 2 недели, суммарных эстрогенов и прегнадиола в суточной моче, уровня плацентарного лактогена и эстриола в крови методом радиоиммунной диагностики, прогестерона. Исследование гормонального профиля проводится для оценки наличия или отсутствия эндокринной патологии как причины угрожающего преждевременного выкидыша.
	5. Ультразвуковое сканирование в раннем сроке беременности: позволяет уточнить место прикрепления ворсинчатого хориона, выявить эхографические признаки угрозы прерывания беременности, дифференцировать прогрессирующую и регрессирующую беременность. УЗИ плода позволяет определить контуры плодного яйца, наличие сердцебиения, состояние желточного мешка.
	6. Бактериологическое исследование из цервикального канала, микроскопия мазков по Грамму.
	7. ЭКГ для оценки работы сердца.
	8. Определение волчаночного антикоагулянта и антител к кардиолипину для исключения антифосфолипидного синдрома.
	9. Проведение кольпоскопии для исключения хронического цервицита.
	10. Для исключения TORCH-инфекции – обследование ИФА и ПЦР.
	11. Контроль АД для оценки состояния сердечно-сосудистой системы.
	12. Контроль гемостазиограммы для оценки состояния свертывающей системы крови.

ПЛАН ВЕДЕНИЯ

1. оценка клинического течения беременности
2. УЗИ плода (контуры плодного яйца, наличие сердцебиения, место формирования ветвистого хориона, состояние желточного мешка)
3. вирусологические, бактериологические исследования каждые 2 недели в связи с частой сменой микрофлоры, определение микроценоза влагалища.
4. контроль АД
5. контроль гемостазиограммы для оценки состояния свертывающей системы крови, определение волчаночного антикоагулянта
6. контроль состояния шейки матки, т.к. возможна истмико-цервикальная недостаточность. Каждые 2 недели при взятии мазков проводится осторожно стерильной перчаткой осмотр шейки матки.
7. контроль состояния плода методом доплерометрии плодово-плацентарного и маточно-плацентарного кровотока.
8. контроль за уровнем плацентарного лактогена и прогестерона в крови, для исключения влияния эндокринного фактора на беременность.
9. осмотр врачей других специальностей: окулист, эндокринолог.

ДАННЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   | норма |
| гемоглобин | 128  | 118-166 |
| эритроциты | 4.6\*1012/л | 3.5-5.0\*1012/л |
| цветовой показатель | 0.89 | 0.8-1.1 |
| лейкоциты | 7.1\*109/л | 4.0-9.0\*109/л |
| нейтрофилы |   |   |
| палочкоядерные | 3% | 1-6% |
| сегментоядерные  | 58% | 45-70% |
| моноциты | 7% | 6.0-8.0% |
| эозинофилы | 1% | 0-5.0% |
| лимфоциты | 31% | 20-35% |
| тромбоциты | 224\*109 |   |
| РОЭ | 9мм/ч | 1-10 мм/ч |

Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | норма |
| общий белок | 66.1г/л | 60-80г/л |
| мочевина | 6.6ммоль/л | 2.5-8.3ммоль/л |
| билирубин общий | 14.0ммоль/л | 8.5-25ммоль/л |
| глюкоза | 3.53ммоль/л | 3.5-5.5ммоль/л |
| фибриноген | 4.0г/л | 2-6г/л |
| ПТИ | 87% |   |

Реакция Васермана отрицательна.

Бактериологическое исследование: трихомонады не обнаружены.

В микроскопическом анализе мазка патологии не выявлено.

Общий анализ мочи.

Цвет светло-желтый, удельный вес – 1.016, белка нет, реакция кислая, прозрачная, переходный эпителий 4-6 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, слизи нет

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС-80 уд в мин, угол α - +35 - нормальное положение электрической оси.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Беременность 10 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. (по МКБ10 10 О 20.0) Токсикоз 1 половины беременности

Обоснование клинического диагноза.

Беременность 10 недель установлена на основании расчета по первому дню последних месячных (25 декабря 2006г), по дню обращения в женскую консультацию.

Угрожающий самопроизвольный выкидыш установлен на основании жалоб пациентки на тянущие боли в нижнем отделе живота, которые появлялись в не зависимости от времени суток, физической и эмоциональной нагрузки.

Для более точной верификации диагноза необходимо было провести исследования гормонального профиля, а также ультразвуковое сканирование в раннем сроке беременности, но данные исследования произведены не были.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Режим постельный.
2. Диета №15.
3. С целью создания седативного эффекта, снижения нейрогенных влияний на миометрий - психотерапия, прием отвара валерианы.

Rp.: T-rae Valerianae 30 ml

D. S. Принимать внутрь по 20 – 30 капель 3 раза в сутки.

1. В зависимости от результатов исследования гормонального профиля будет подобрана следующая терапия:

- если выявится недостаточность лютеиновой фазы, то для восполнения недостатка гормона желтого тела, стимуляции выработки эндогенного прогестерона следует назначить дюфастон.

Rp.: Tab. Dufastoni 0,01 N. 20

D. S. Принимать по 10 мг (1 таблетка) 2 раза в день. После исчезновения симптомов лечение в данной дозе продолжать 1 неделю, затем постепенно снизить дозу.

- при выявлении гиперандрогении надпочечникого генеза для угнетения выработки гипофизом кортикотропина и уменьшения дальнейшего возбуждения надпочечников показано применение глюкокортикоидов.

Rp.: Tab. Dexametazoni 0,0005 N. 50

D. S. Принимать внутрь по 0,0005г. в сутки на 1 – 2 приема утром после еды с последующим постепенным снижением дозы до 0,000125г. в сутки под контролем экскреции 17-КС.

1. Для снижения миогенного тонуса матки – свечи с папаверином на ночь.
2. Физиотерапевтические методы терапии:

- Электрофорез сульфата магния на низ живота №5 через 2 дня 5 процедур.

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

ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ

7.03.07. Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые не изменены. АД 110 и 70 мм рт ст, ЧСС=Ps= 64 удара в минуту, частота дыхания 16 в минуту, температура тела 36,6º .Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Диурез адекватен. Выделения из половых путей слизистые, в незначительном количестве, без запаха.

9.03.07. Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые не изменены. АД 120 и 70 мм рт ст, ЧСС=Ps= 68 ударов в минуту, частота дыхания 16 в минуту, температура тела 36,6º. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Диурез адекватен. Выделения из половых путей слизистые, в незначительном количестве, без запаха. Пациентка выписывается в удовлетворительном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, В.И. Кулаков, А. Н. Грижаков и др.; под ред. Г.М. Савельевой. – М.: Медицина, 2000г. – 816с.: ил.
2. Комплексный метод перинатальной помощи недоношенным детям (методические рекомендации). Малышева Р.А.., Тузанкина Е.Б., Башмакова Н.В., Литвинова А.М., Батлук С.Г., Лебедева И.Б. – Свердловск: изд-во «Уральский рабочий», 1986.
3. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 536с.: ил.
4. Чернуха Е.А., Родовой блок, с. 163, М., 1991.
5. Акушерство: учебное пособие / В.И. Дуда, В.Л. Дуда, О.Г. Дражина; по ред. И.В. Дуды. – 2-е изд., исправленное – М.: ООО «изд. дом ОНИКС 21 век», 2005г. – 464 с.
6. Привычное невынашивание беременности. VII научный форум "Мать и дитя", выдержки из доклада профессора В.М. Сидельниковойна тему "Невынашивание беременности" / http://expo.rusmedserv.com/report99.html.