Министерство образования и науки российской федерации

Пензенский государственный университет

медицинский институт

Кафедра акушерства и гинекологии

Заведующий кафедрой: д.м.н., ----------------------------

###### Преподаватель: к.м.н., -------------------

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**на тему: «Угрожающие преждевременные роды»**

Выполнила: студентка ---------------

--------

------------------

Пенза 2008

**Основные разделы курсовой работы:**

1. Паспортная часть.
2. Жалобы и их характеристика.
3. История развития беременности (anamnesis morbi).
4. История жизни (anamnesis vitae).
5. Настоящее состояние (status praesens).
6. Специальное акушерское исследование.
7. Гинекологический статус.
8. Предварительный диагноз и его обоснование.
9. Этиология и патогенез основного заболевания.
10. План обследования беременной.
11. План ведения беременной.
12. Результаты лабораторного и инструментального исследований.
13. Дифференциальный диагноз.
14. Клинический диагноз и его обоснование.
15. Лечение.
16. Список используемой литературы.

**Паспортная часть**

1. Ф.И.О.: ----------

2. Дата и год рождения: ---------------

3. Возраст: ---------

4. Адрес: г. Пенза-----------------------

5. Место работы: ГУЗ. ---------------------

6. Брак зарегистрирован в 2008 году

7. Национальность: русская

8. Дата и час поступления: 11.11.08 г. 1310

9. Дата начала курации: 18.11.08 г.

10. Дата окончания курации: 24.11.2008 г.

10.Клинический диагноз: Беременность 28 недель. Головное предлежание. Угрожающие преждевременные роды.

**Жалобы**

На момент начала курации жалоб нет.

Жалобы при поступлении: на периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота, продолжительностью до 10 минут.

**История развития беременности**

Первый день последней менструации – 29 апреля 2008 г. Дата первичного обращения в женскую консультацию больницы им. Семашко – 8 июля 2008 года, срок беременности 10 недель. Женскую консультацию посещала регулярно. Настоящая беременность I, роды I.

16 сентября 2008 года почувствовала первое шевеление плода (20 недель беременности). Беременность до настоящего времени протекала без особенностей; женскую консультацию посещала в установленные сроки, субъективно жалоб не предъявляла, объективно отклонений от нормы врачами женской консультации выявлено не было, прибавки в весе соответствовали норме, уровень артериального давления стабилен, в пределах нормы.

За время наблюдения в женской консультации беременная была проконсультирована следующими специалистами: 14.07.08: терапевт- патология не выявлена; стоматолог - санирована; отоларинголог – без патологии; окулист - без патологии.

Проведенные обследования и их результаты:

* Группа крови А (II)
* Rh «+» (положит.)
* ЗППП (14.07.08) методом ИФА:

Герпес I-II – отр.

Цитомегаловирус Ig G - положит. (1:200)

Токсоплазмоз – отр.

Хламидиоз – отр.

Микоплазмоз – отр.

RW (11.07.08) – отр.

ВИЧ (11.07.08) – отр.

Гепатит B; C (11.07.08) – отр.

АФП (14.07.08) – 90 Ме/л

ХГЧ (8.07.08) – 105.000

Заключение: Определение IgG - позволяет выявить латентную ЦМВИ, а также первичную ЦМВИ или реактивацию вируса при наличии сероконверсии. С учетом данных об инфицированности от 55% до 98% взрослого населения цитомегаловирусом по данным разных авторов, то есть наличия латентной инфекции, в диагностике вирусного заболевания у данной пациентки может помочь динамическое определение уровня Ig G, причем 4-кратное увеличение титра будет служить неоспоримым доводом за обострение латентной инфекции, либо определение IgM в сыворотке крови - как показатель текущей инфекции - первичной или рецидивирующей. С учетом имеющихся на настоящее время данных наличие титра Ig G 1:200 не является определяющим для выставления инфекционного фактора, как этиологического в данной ситуации и проведения противовирусной терапии.

* общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты),
* биохимический анализ крови (сахар крови, общий белок, билирубин, креатинин, мочевина, фибриноген, ПТИ). В анализах отклонений не выявлено.
* УЗИ (22.07.08 г.) Заключение: Беременность 12 нед.
* УЗИ (7.10.08 г.) Заключение: срок беременности 23 нед.

В результате проведенных УЗИ исследований врожденных пороков развития, внутриутробной задержки развития плода и иной патологии не выявлено.

Курс психопрофилактической подготовки к родам прошла.

11 ноября 2008 года поступила по направлению из женской консультации в связи с появлением периодических тянущих, ноющих болей в нижней части живота, никуда не иррадиирующих, длительностью до 10 минут, впервые возникших 10 ноября. Госпитализирована в отделение патологии роддома с диагнозом: беременность 28 недель, угрожающие преждевременные роды.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Недели | | | 5-6 | 7-8 | 9-10 | 11-12 | 13-14 | 15-16 | 17-18 | 19-20 | 21-22 | 23-24 | 25-26 | 27-28 | 29-30 | 31-32 | 33-34 | 35-36 | 37-38 | 39-40 | 41-42 |
| Гемоглобин | | |  |  |  | 120 |  |  |  |  | 119 |  |  | 122 |  |  |  |  |  |  |  |
| Белок мочи | | |  |  |  | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр |  |  |  |  |  |  |  |
| Анализ мочи  по Нечипоренко | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сахар | мочи | |  |  |  | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. | Отр. |  |  |  |  |  |  |  |
| крови | |  |  |  | 4,4 |  |  |  |  |  |  |  | 4,5 |  |  |  |  |  |  |  |
| Титр | Rh | | В(II), Rh + | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABO | |
| Группа крови | | |
| RW | | |  |  |  | Отр. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гормоны крови  (мочи) | | |  |  |  | АПФ-90 Ме/л;  ХГЧ-105000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| АД | | 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 140 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 130 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 110 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Окружность живота | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 81 |  |  |  |  |  |  |  |
| Высота стояния дно матки  40  35  30  25  20  15  10  5 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Состояние  Шейки матки | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Предлежание плода | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сердцебиение | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ясное,  ритм. |  |  |  |  |  |  |  |
| Отеки | | |  |  |  | нет | нет | нет | нет | нет | нет | нет | нет | нет |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Масса ростовой коэффициент  (32,25+1,88%) | | | | Средняя величина прибавки массы тела у беременных нормостенического телосложения  (М+1σ; 0,73+3,25) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 220+86 г.  (до 20 нед.) | | | | | 421+146 г.  (21 – 30 нед.) | | | | | 342+96 г.  (31 – 40 нед.) | | | | | |
| Недели | 5-6 | 7-8 | 9-10 | 11-12 | 13-14 | 15-16 | 17-18 | 19-20 | 21-22 | 23-24 | 25-26 | 27-28 | 29-30 | 31-32 | 33-34 | 35-36 | 37-38 | 39-40 | 41-42 |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Масса |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Заключение по гравидограмме: За время наблюдения в женской консультации колебание артериального давления в пределах нормы. Динамика высоты стояния дна матки соответствует норме. Патологическая прибавка веса не выявлена.

**История жизни**

Родилась вторым ребенком в семье. На момент родов матери было 23 года; беременность и роды прошли без осложнений, в срок, как и предыдущие. Росла и развивалась соответственно возрасту и полу.

В школу пошла с 7 лет. Работает медицинской сестрой в областном онкологическом диспансере. Профессиональных вредностей не отмечает. Материально-бытовые условия считает достаточными; живет в благоустроенном доме с мужем.

Вредные привычки: не курит; алкоголь и наркотики не употребляет.

Перенесенные заболевания:

а) Перенесенные заболевания: нет

б) Травматические повреждения – нет

в) Перенесенные операции – тонзилэктомия в детском возрасте.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, туберкулез, малярию, венерические болезни больная отрицает. Кровь не переливалась.

Аллергологический анамнез: без особенностей.

Наследственность: не отягощена.

Половой анамнез: Возраст менархе – 13 лет; регулярный менструальный цикл установился в течение 6 месяцев. Длительность менструального цикла 28 дней. Длительность менструации 5 дней. Менструации безболезненные, умеренные.

Половую жизнь начала с 19 лет вне брака. Применяла механическую контрацепцию.

Гинекологические заболевания: отрицает

Пациентке предстоят I роды от I беременности.

Группа крови беременной: В (II), Rh (+).

Состоит в первом браке (зарегистрирован в 2008 году).

Возраст мужа 25 лет, здоров. Вредных привычек нет. Работает частным предпринимателем, профессиональные вредности отрицает.

Группа крови мужа: A (II), Rh (+)

Настоящее состояние

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,60С.

Сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, конституция нормостеническая (над - и подключичные пространства выполнены жировой клетчаткой, ширина межрёберных промежутков около 1 см, ход рёбер поперечно-нисходящий, лопатки прилегают к грудной клетке, отношение поперечного размера грудной клетки к передне-заднему 2:1).

До беременности рост 155 см, вес 45.5 кг, ИМТ = 18.94 кг/м2. На момент госпитализации рост – 155 см, вес - 51.1 кг, ИМТ = 21.27 кг/м2.

Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, умеренно влажные, тургор в норме. Высыпания отсутствуют. Трофических изменений (язв, пролежней, видимых опухолей) не выявлено. Ногти выпуклой формы, розового цвета, без видимых изменений. Цвет видимых слизистых оболочек – бледно-розовый, высыпаний нет. Кровоизлияний, расчесов, “сосудистых звездочек”, ангиом нет. Тип оволосения – по женскому типу.

Подкожная клетчатка: развитие подкожной жировой клетчатки в пределах нормы. Толщина кожной складки в области пупка – около 1,5 см. Отеки отсутствуют.

Состояние лимфатических узлов: подчелюстные – эластичные, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью; видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подбородочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, торакальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных лимфатических узлов нет.

Молочные железы правильной округлой формы, симметричны; кожные покровы на них не гиперемированы. При пальпации мягкие, узловых образований, уплотнений не выявлено. Сосок цилиндрической формы. Ареола соска пигментирована. Околососковые кружки не возвышаются над поверхностью молочных желез. Степень развития молочных желёз по Таннеру пятая.

**Костно-мышечная система**

Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен. Парезов и параличей нет. Мышечная сила умеренная, болезненность при пальпации отсутствует.

Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосложение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубчатых костей, позвоночника, суставов отсутствует. Конфигурация суставов не изменена. Припухлостей, отеков нет. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

**Органы дыхания**

При осмотре верхних дыхательных путей патологические изменения не выявлены. Грудная клетка конической формы, обе ее половины одинаково участвуют в акте дыхания, грудная клетка при пальпации эластичная, безболезненная. Тип дыхания - преимущественно грудное. Частота дыхания - 16 в мин., дыхание ритмичное.

При перкуссии грудной клетки звук над симметричными участками легких ясный легочный, одинаковой силы. Экскурсия легких - 4 см по средней подмышечной линии. При топографической перкуссии границы легких соответствуют норме. Правое лёгкое: нижняя граница по окологрудинной линии - VI межреберье, по срединно-ключичной - VI ребро, по передней подмышечной - VII ребро, по средней подмышечной - VIII ребро, по задней подмышечной - IX ребро, по лопаточной - X ребро, по околопозвоночной - остистый отросток XI грудного позвонка. Левое лёгкое: нижняя граница по передней подмышечной - VII ребро, по средней подмышечной - VIII межреберье, по задней подмышечной - IX ребро, по лопаточной - X ребро, по околопозвоночной - остистый отросток XI грудного позвонка.

При аускультации над всей поверхностью легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Органы кровообращения.

При осмотре сердечный горб отсутствует. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, положительный, локализованный, умеренной высоты, силы, резистентности.

Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При перкуссии сердца:

Границы относительной тупости сердца:

верхняя – на уровне III ребра;

правая - в IV межреберье у правого края грудины;

левая - в V межреберье на 1,5 кнутри от левой срединно-ключичной линии;

Поперечник относительной тупости сердца 12 см.

Ширина сосудистого пучка 6 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая – по левому краю грудины.

Левая – на 0,5 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Верхняя – на уровне IV ребра.

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 78 уд/мин, акцентирования, сердечных шумов нет.

Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота - 78 уд/мин. АД на правой руке 110/70 мм рт.ст., на левой - 110/65 мм рт.ст., САД = (АДсист..+ 2×АДдиаст.)/3 = 83.3 мм рт. ст.; при пробе с поворотом по сравнению с исходными значениями АД увеличилось до 115/75 мм рт. ст., что является вариантом нормы. Периферические вены не изменены.

Максимальные цифры АД составляют 120/85 мм рт. ст.

При осмотре и пальпации пульсация аорты в области яремной вырезки не определяется.

Набухания шейных вен нет, венный пульс отрицательный. Расширенных вен грудной клетки, брюшной стенки нет. Уплотнения и болезненности вен не отмечается.

**Органы пищеварения**

Аппетит не нарушен, жевание и глотание не затруднено, стул регулярный, оформленный. Слизистая рта розовая, влажная, чистая. Живот увеличен за счет беременной матки соответственно 28 неделям беременности.

При поверхностной пальпации живота болезненность отсутствует, патологических изменений нет. При перкуссии: над поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско затруднена из-за значительного увеличения размеров матки.

Из-за увеличенного за счет беременной матки живота пальпация печени затруднена.

При перкуссии размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 11 см

по правой окологрудинной линии - 9 см

по правой реберной дуге - 8 см

Селезенка не пальпируется.

При перкуссии: длинник селезенки проходит на уровне X ребра и составляет 6- 7 см, поперечник – 4- 5 см.

Органы мочевыделения.

Мочеиспускание безболезненное. Гиперемия, припухлость кожи, сглаживание контуров поясничной области отсутствуют. Почки не пальпируются, симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

**Нервная система и органы чувств**

В пространстве и времени ориентирована. Режим сна и бодрствования не нарушен. Сухожильные рефлексы сохранены. Обоняние и вкус в норме. Подвижность глазных яблок, величина и форма зрачков соответствуют норме. Реакция зрачков на свет сохранена. Со стороны слуха и вестибулярного аппарата патологии не выявлено. Мимическая мускулатура функционирует нормально. Движения языка осуществляются в полном объеме.

**Эндокринная система**

При осмотре - оволосение по женскому типу; кожа чистая, умеренной влажности; телосложение нормостеническое, черты лица и форма черепа соответствуют полу и возрасту; зрачки округлой формы, диаметр 3 мм, равномерные (D=S), реакция на свет живая; патологический блеск глаз, экзофтальм отсутствуют.

Щитовидная железа не увеличена. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Нарушений веса (ожирение, истощение) нет.

Оценка молочных желез по Таннеру.

V стадия (стадия зрелости) - сосок выступает над поверхностью молочной железы. Ареола образует единый контур с телом молочной железы.

**Специальное акушерское исследование**

Живот округлой формы, симметричен, равномерно увеличен за счет беременной матки соответственно 28 неделям беременности.

Высота стояния дна матки - 24 см, окружность живота – 81 см., рубцы беременности отсутствуют, пупок выпячен.

Предполагаемый вес плода (высота стояния дна матки × на окружность живота): 24 × 81 = 1944 г.

Размеры матки соответствуют сроку гестации. Матка возбудима при пальпации.

Наружное акушерское исследование при помощи приемов Леопольда-Левицкого.

Первый прием Леопольда: Проводится с целью определения высоты стояния дна матки и части плода, находящейся в её дне (косвенно можно определить предлежащую часть плода).

Высота стояния дна матки – 24 см над уровнем лона, располагается на 2 пальца выше пупка; в области дна матки пальпируется крупная, мягкая, выпуклая округлая часть – скорее всего ягодицы плода.

Второй прием Леопольда: Проводится с целью определения позиции и вида плода.

Положение - продольное (продольная ось плода совпадает с продольной осью матки).

Позиция – вторая (спинка плода в виде равномерной площадки, обращена к правой боковой поверхности матки). На левой боковой поверхности определяются пальпаторно мелкие части плода в виде небольших выступов, меняющих положение).

Вид – задний (отклонение плода к передней стенке матки).

Третий прием Леопольда: Проводится с целью определения характера предлежащей части и отношения её к плоскости входа в малый таз.

Прощупывается головка плода в виде плотной шаровидной части, имеющей четкие контуры (головное предлежание). Головка находится над входом в малый таз. Симптом баллотирования положителен.

Четвертый прием Леопольда: Проводится с целью определения положения предлежащей части плода по отношению к плоскостям малого таза.

Пальцы обеих рук сходятся друг с другом.

Результат: при проведении 4-х приёмов пальпации Леопольда – Левицкого можно сделать следующий вывод:

положение плода – продольное.

позиция плода – вторая.

вид плода – задний.

членорасположение – нормальное.

предлежание плода – головное.

Наружная пельвиометрия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Размер | Норма, см | Фактически, см |
| Dist. spinarum | 25-26 | 26 |
| Dist. cristarum | 28-29 | 29 |
| Dist. trochanterica | 30-32 | 31 |
| Conjugate externa | 20-21 | 21 |
| Размеры выхода из малого таза | | |
| Размер | Норма см. | Фактически, см |
| Прямой размер | 9,5 - 11,5 | 10 |
| Поперечный размер | 11 | 11 |

Высота лона – 4 см

Лонный угол –90˚

Ромб Михаэлиса – правильной формы: продольный размер 12 см, поперечный 11 см.

Индексы таза

Сумма всех основных размеров таза (distancia spinarum, distancia cristarum, distancia trohanterica, conjugate externa) равна 107. Норма > 100 (прогноз благоприятный).

Индекс Файнберга = (3 + Индекс Соловьева) / Наружная конъюгата = (3 + 14) / 21 = 0,8. Норма < 1.

Индекс Соловьева = 14 см.

Вывод: при наружной пельвиометрии размеры таза соответствуют норме; можно заключить, что роды через естественные родовые пути возможны.

**Подсчет срока беременности**

По первому дню последних месячных: 29.04.08 г. – дата первого дня последних месячных, значит срок беременности на 11.11.08 г. составляет 28 нед.

По дню первой явке в женскую консультацию: первая явка 8.07.08 г., выставлена беременность 10 нед. Срок беременности = 10 + 18 = 28 нед.

По данным УЗИ (от 22.07.08 г.): Беременность 12 нед.; Рассчитываем срок беременности: 12+16=28 нед.

По первому шевелению плода: (чаще соответствует 20 нед. беременности у первородящей; первое шевеление плода почувствовала 16.09.08 г.) расчет срока беременности по дате первого шевеления плода: 20+8=28 нед.

По высоте стояния дна матки: дно матки расположено на 2 пальца выше пупка (25 см над уровнем лона), что соответствует 28 нед. беременности.

**Подсчет срока родов**

Физиологичные роды протекают в сроки 37 – 42 недели; при ниже перечисленных методах расчета предполагаемой даты родов берется срок 40 недель, как универсальный срок родов, хотя и в любой срок от 37 до 42 недель, включительно, роды будут считаться физиологичными.

По первому дню последних месячных: по Негеле: 29 апреля–3 мес.+7 дн.= 5 февраля 2009 г.

По дню первой явки в женскую консультацию: 8.07.08 г. при первой явке в женскую консультацию был выставлен срок беременности 10 нед.: 8 июля+30 нед. = 3 февраля 2009 г.

По данным УЗИ: при первом УЗ–исследовании (22.09.08 г.) написано заключение – беременность 12 нед., предполагаемый срок родов: 22 июля+28 нед. = 3 февраля 2009 г.

По данным второго УЗИ от 7 октября 2008 года: написано заключение – беременность 23 нед., предполагаемый срок родов: 7 октября+17 нед. = 3 февраля 2009 г.

По первому шевелению плода, которое беременная почувствовала 16.09.08 г., соответствующее 20 нед. беременности: 16 сентября+20 нед. = 3 февраля 2009 г.

По высоте стояния дна матки (на 11.11.08): высота стояния дна матки соответствует 28 нед., предполагаемая дата родов – 3 февраля 2009 г.

**Оценка пренатальных факторов риска**

Социально- биологические факторы риска:

Эмоциональная нагрузка – 1 балл.

Акушерско-гинекологический анамнез:

Нет факторов риска – 0 баллов.

Экстрагенитальные заболевания матери:

Нет факторов риска – 0 баллов.

Осложнение беременности:

Нет факторов риска – 0 баллов.

Оценка состояния плода:

Нет факторов риска – 0 баллов.

Сумма по 5 группам –1 балл.

Заключение: Так как сумма баллов составила 1 балл, следовательно, беременная относится к группе низкого риска.

**Гинекологический статус**

Осмотр наружных половых органов

Наружные половые органы развито правильно. Оволосение по женскому типу. Большие половые губы полностью прикрывают малые. Ссадины, отёк, гиперемия отсутствуют. Область ануса и больших половых губ без видимых патологических изменений. Слизистая входа во влагалище цианотичная, влажная, чистая.

Осмотр в зеркалах(11.11.08 г.)

Влагалище свободное. Слизистая влагалища цианотичная, складчатая, без изъязвлений. Перегородки, стриктур и рубцовых изменений во влагалище нет. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая шейки матки цианотичная, без нарушения эпителиального покрова. Наружный зев округлой формы. Умеренное выделение бели, белого цвета без запаха.

Влагалищное исследование (11.11.08 г.)

Шейка матки отклонена кзади, длина до 2,5 см, размягчена с валикообразным уплотнением в области внутреннего зева. Канал шейки матки проходим для одного пальца до внутреннего зева. Через своды влагалища определяется головка плода, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов, опухолей, костных деформаций в малом тазу не выявлено. Выделения – скудные слизистые без запаха. Conjugata diagonalis > 12 см. Своды влагалища глубокие, безболезненные.

Матка увеличена в размерах, соответственно до 28 недель; легко возбудима при пальпации.

Оценка зрелости шейки матки по Бишопу:

Консистенция шейки матки: размягчена с валикообразным уплотнением в области внутреннего зева – 1 балл.

Длина шейки матки: 2,5 см – 0 баллов.

Проходимость канала: канал шейки матки проходим для одного пальца до внутреннего зева-1 балл.

Положение шейки: отклонена кзади – 0 баллов.

Заключение: 2балла - незрелая шейка матки.

Предварительный диагноз

Беременность 28 недель. Головное предлежание. Угрожающие преждевременные роды.

Диагноз беременность поставлен на основании:

наличия достоверных признаков беременности:

1) определение частей плода, при пальпации;

2) выслушивание сердцебиения плода при аускультации

3) выявление живого плода, соответствующего сроку гестации при УЗИ.

28 недель беременности выставлены по:

* первому дню последней менструации: 29 апреля 2008 год. Со дня последних месячных прошло 28 недель. Срок беременности на 11.11.08 составляет 28 недель.
* первой явке в женскую консультацию: дата первого обращения в женскую консультацию 8 июля 2008 года. Диагноз 10 недель беременности. Срок беременности на момент курации: 10 недель + 18 недель (число недель прошедших после данного обращения) = 28 недель.
* высоте стояния дна матки – дно матки расположено на 2 пальца выше пупка (25 см над уровнем лона), что соответствует 28 нед. беременности.
* первому шевелению плода: 16 сентября 2008 год, что соответствует 20 неделям беременности, т. к. у первородящих, обычно, первое шевеление плода происходит при сроке гестации 20 недель. Срок беременности на момент курации: 20 + 8 (число недель прошедших после первого шевеления плода) = 28 недель.
* По данным УЗИ (от 22.07.08 г.): Беременность 12 нед.

Срок беременности на 11.11.08г.: 12 недель (число недель по данным УЗИ) + 16 (число недель прошедших после данного УЗИ) = 28 недель.

Головное предлежание установлено на основании:

* наружного акушерского исследования (приёмы Леопольда – Левицкого): 3 – 4 приемы – предлежит головка, подвижна над входом в малый таз.
* влагалищного исследования: через своды определяется головка плода, подвижна над входом в малый таз.

Диагноз угрожающие преждевременные роды поставлен на основании:

* жалоб при поступлении на периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота продолжительностью до 10 минут;
* на основании данных бимануального исследования – матка при пальпации легко возбудима.
* Наличии факторов риска у беременной: носительство CMV (TORCH-инфекция).
* данных анамнеза: 10 ноября внезапно к вечеру появились периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота, продолжительностью до 10 минут.

Этиология и патогенез основного заболевания:

Преждевременными являются роды, которые произошли в 28 - 37 недель беременности, а масса плода при этом составляет от 1000 до 2500 г.

Однако в настоящее время по определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) если беременность прерывается при сроке 22 недель и более, а масса плода составляет 500 г и более, и новорожденный выживает в течение 7 дней, то роды считают преждевременными с экстремально низкой массой плода.

Причинами развития данного заболевания (угроза преждевременных родов) могут послужить:

1. истмико-цервикальная недостаточность.
2. инфекционные заболевания женских половых органов.
3. осложненное течение данной беременности (угроза ее прерывания).
4. возраст беременной до 18 и старше 40 лет.
5. инфекции при беременности, травма при беременности.
6. экстрагенитальная патология у матери.
7. нейро-эндокринные (гиперандрогения надпочечникового генеза, гиперандрогения яичникового генеза, нарушения функции щитовидной железы и др.).
8. Аномалии развития женских половых органов.
9. Генитальный инфантилизм.
10. Миома матки.
11. Идиопатические причины.

50 % самопроизвольных выкидышей имеют идиопатическую причину.

Генетические заболевания. Важную роль в этиологии самопроизвольных выкидышей в ранние сроки беременности играют хромосомные нарушения, приводящие к гибели эмбриона. Так до 6 недель беременности частота хромосомных нарушений составляет 70%, в 6 - 10 недель - 45% и до 20 недель - 20%. При цитологическом исследовании выявляют различные варианты хромосомных аберраций (трисомия, моносомия, транслокация и др.). Большинство хромосомных нарушений наследственно не обусловлены и возникают в гаметогенезе родителей или на ранних стадиях деления зиготы.

Нейро-эндокринные заболевания. В генезе невынашивания наиболее важную роль играют заболевания яичников: гипофункция с недостаточностью 1-й и 2-й фазы, чередование овуляторных и ановуляторных циклов, что сопровождается низкой продукцией стероидных гормонов, а это приводит к нарушению циклических преобразований эндометрия, то есть недостаточной его подготовленности к беременности. Врожденная или приобретенная недостаточность рецепторного аппарата половых органов – стероидорезистентность (эстрогенные рецепторы, прогестероновые рецепторы цитоплазмы и ядра эндометрия, эндометрия), от которой зависит биосинтез белка и рост плода, также играет важную роль в генезе невынашивания беременности. Может нарушаться взаимоотношение эстрогенных и прогестероновых рецепторов как в цитоплазме, так и в ряде клеток эндометрия и других тканей.

В случае развития гиперплазии сетчатой зоны коры надпочечников или образования в ней опухоли, которая ведет к атрофии других слоев надпочечников, адреногенитальный синдром может сочетаться с болезнью Аддисона. При гиперплазии сетчатой и пучковой зоны коры надпочечников развиваются адреногенитальный синдром и синдром Кушинга. Такие тяжелые поражения коры надпочечника для недонашивания не характерны.

Стертые формы синдрома Кушинга могут быть причиной недонашивания беременности. Синдром Кушинга развивается, как следствие гиперплазии пучковой зоны коры надпочечников и, так же как адреногенитальный синдром, может быть обусловлен гиперплазией или опухолью. При недостаточности надпочечников (болезнь Аддисона) также отмечают высокую частоту ранних и поздних выкидышей.

Из всех заболеваний, которые сопровождаются гиперандрогенией яичникового генеза, наибольшее значение в проблеме недонашивания имеет синдром Штейна-Левенталя, который имеет несколько форм. Благодаря успехам терапии женщины, страдающие этим заболеванием, могут иметь беременность, которая часто протекает с явлениями угрозы прерывания. При этом наблюдается высокая частота самопроизвольного выкидыша. В основе синдрома Штейна-Левенталя лежит нарушение стероидогенеза в яичниках.

При выраженной гипофункции щитовидной железы, как правило, возникает бесплодие, а при легких формах - невынашивание беременности. При гиперфункции щитовидной железы невынашивание встречается не чаще, чем в популяции. При тяжелой форме гипертиреоза беременность противопоказана.

Инфекционные заболевания женских половых органов, общие инфекционные заболевания. Одной из частых причин недонашивания беременности являются инфекционные заболевания латентно протекающие, такие, как хронический тонзиллит, микоплазменная инфекция, хронические воспалительные заболевания женских половых органов, хламидиоз, вирусные заболевания.

Аномалии развития матки в последние годы выявляют несколько чаще благодаря совершенствованию методов исследования (гистеросальпингография, ультразвуковое сканирование). Среди женщин, страдающих недонашиванием беременности, пороки развития матки отмечены в 10,8%-14,3% наблюдений. Причины нарушения репродуктивной функции большинство исследователей видят в анатомо-физиологической неполноценности матки, сопутствующей ей истмико-цервикальной недостаточности и гипофункции яичников.

Пороки развития женских половых органов нередко сочетаются с аномалиями развития мочевыводящей системы, так как эти системы характеризуются общностью онтогенеза. При невынашивании беременности наиболее часто встречают следующие виды аномалий развития матки: внутриматочная перегородка (чаще неполная), двурогая, седловидная, однорогая и очень редко двойная матка.

Механизм прерывания беременности при некоторых пороках развития матки связан не только с гипофункцией яичников, но и с нарушением процесса имплантации плодного яйца, недостаточным развитием эндометрия, вследствие неполноценной васкуляризации органа, тесными пространственными взаимоотношениями, функциональными особенностями миометрия.

Генитальный инфантилизм характеризуют недоразвитие женских половых органов и различные нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Определение уровня рецепции в эндометрии дало возможность подтвердить предположение, что в организме женщины имеется неадекватная тканевая реакция на гормоны яичников.

Миома матки - одна из причин прерывания беременности. По данным Е. М. Вихляевой и Л. Н. Василевской (1981 г.), у каждой 4-5-ой больной с миомой матки беременность осложнена угрозой прерывания, а самопроизвольные выкидыши наблюдали у 5-6% больных. Преждевременное прерывание беременности при миоме матки может быть обусловлено высокой биоэлектрической активностью миометрия и усилением ферментативной активности сократительного комплекса матки. Иногда угроза прерывания беременности обусловлена нарушением питания в узлах или их некрозом.

Экстрагенитальные заболевания матери являются одной из частых причин прерывания беременности (сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, хронические заболевания легких, почек, печени и др.).

Осложненное течение беременности. Среди факторов прерывания беременности большое значение имеет ее осложненное течение. Токсикозы, в особенности тяжелые формы как ранние, так и поздние приводят к прерыванию беременности. Сюда же можно отнести неправильные положения плода, аномалии прикрепления плаценты, отслойку нормально расположенной плаценты, многоплодие, многоводие, маловодие.

Истмико-цервикальная недостаточность встречается от 20% до 34% случаев и может быть травматической (анатомической) и гормональной. В первом случае недостаточность шейки матки обусловлена травмой шейки матки в области внутреннего зева, во втором - гормональной недостаточностью (недостаточность продукции прогестерона).

Патогенез. Воздействие этиологических факторов приводят к тому, что в ряде случаев, сначала возникают сокращения матки, которые вызывают отслойку плодного яйца. В других случаях сокращениям матки предшествует гибель плодного яйца (острые и хронические инфекции и др.). Иногда отслойка плодного яйца и сокращения матки происходят одновременно. Изредка, при так называемом несостоявшемся аборте, после гибели плодного яйца сокращения матки не возникают, погибшее плодное яйцо не изгоняется из матки и подвергается вторичным изменениям, а околоплодная жидкость постепенно рассасывается. При ранних сроках возможен шеечный аборт. В этом случае наружный зев не раскрывается, а полностью отслоившееся плодное яйцо в результате сокращений матки опускается в канал шейки матки.

У данной беременной предполагается идиопатическая причина угрожающего прерывания беременности на сроке 28 недель. Инфекционная причина (цитомегаловирусная инфекция) на данный момент не является определяющей, из-за отсутствия оценки титра Ig G, Ig M в динамике.

План обследования:

Для постановки правильного диагноза беременной необходимо провести следующие обследования:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевина-цель - оценка фильтрационной способности почек; глюкоза – цель - исключение сахарного диабета; АЛТ, АСТ, билирубин – цель - исключение патологии печени; коагулограмма: время свертывания крови, ПТИ, фибриноген – цель - оценка состояния системы гемостаза);
4. Анализ крови на группу и резус-фактор;
5. Титр Ig G, M к ЦМВ (с целью определения динамики изменения титра антител к ЦМВ, и возможного подключения противовирусного лечения в случае подтверждения обострения латентной инфекции).
6. Мазок из влагалища (цель: оценка степени чистоты влагалища, выявление или исключение патогенной флоры);
7. Кровь на RW (цель: исключение сифилиса);
8. ЭКГ (цель: исключение патологии со стороны сердечно-сосудистой системы);
9. Механогистерография (с целью объективного подтверждения повышенного тонуса и возбудимости матки, а также контроля сократительной активности матки);
10. УЗИ плода и плаценты (цель: исключение внутриутробной задержки развития плода);
11. КТГ плода (цель: оценка состояния плода и исключение гипоксии плода).

**План ведения беременной**

Необходимо проведение обозначенных выше методов обследования, беременная планируется вестись консервативно, с терапией направленной на сохранение беременности.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования

Общий анализ крови: 11.11.08

Гемоглобин (г/л): 120

Эритроциты (1012 /л): 4,2

цветовой показатель: 0,9

тромбоциты (109/л): 223

лейкоциты (109 /л): 5,09

нейтрофилы:

палочкоядерные (%): 7

сегментоядерные(%) 58

эозинофилы (%): 2

лимфоциты (%): 2

моноциты (%): 31

Заключение: без патологии.

11.11.08 г. Группа крови А (II), Rh «+» (положит.)

Биохимический анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Общий белок | 67,2 г/л |
| Мочевина | 4,4 ммоль/л |
| Глюкоза | 4,54 ммоль/л |
| Билирубин общий | 13,0 мкмоль/л |
| ПТИ | 91% |
| Фибриноген | 4.37 г/л |

Заключение: без патологии.

Общий анализ мочи 11.11.2008 года.

Физико-химические свойства:

Количество - 150 мл

Прозрачность - прозрачная

Цвет - соломенно-желтый

Реакция - кислая

Белок - отр.

Плотность - 1,012

Микроскопическое исследование:

Лейкоциты - един. в п/з

Эритроциты - 1-2 в п/з.

Эпителий плоский - 0-1 в п/з

Заключение: без патологии.

Мазок из влагалища на флору:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Уретральный канал | Цервикальный канал |
| Лейкоциты | единичны | 2-3 в поле зрения |
| Эпителиальные клетки | - | 4-5 в поле зрения |
| Флора | палочковая | |

Заключение: I степень чистоты влагалища. Патогенной флоры не выявлено.

ЭКГ (14.11.07 г.)

Заключение: нормальное положение электрической оси, ритм правильный, синусовый; ЧСС=82 в мин.

УЗИ плода (14.11.2008 г.)

Плод живой, один, головное предлежание, первая позиция.

Бипариетальный размер головки 71 мм

Лобно-затылочный размер 83 мм

Окружность головы 297 мм

Окружность живота 267 мм

Длинна:

Бедренной кости левой 53 мм

Плечевой кости левой 51 мм

Плацента расположена по передней стенке матки, структура плаценты однородна, степень зрелости 1.

Количество околоплодных вод соответствует норме.

Индекс амниотической жидкости-10,6.

Пуповина имеет три сосуда.

Заключение: Размер плода соответствует 28 неделям беременности.

Остальные указанные в плане обследования диагностические мероприятия в клинике не выполнялись.

**Дифференциальный диагноз**

Жалобы пациентки на периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота продолжительностью до 10 минут позволяют заподозрить ряд состояний, которые могут быть как осложнением в течение беременности, так и сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Данная субъективная симптоматика при установленном сроке беременности 28 недель может указывать на угрожающие преждевременные роды, в данном случае периодические тянущие, ноющие ощущения в нижней части

живота являются результатом повышенной сократительной деятельности матки, что подтверждается при бимануальном исследовании – матка легко возбудима при пальпации, зрелость шейки матки по Бишопу составляет 2 балла (не зрелая). Вероятнее всего при проведении механогистерографии объективно были бы подтверждены повышенный тонус и возбудимость матки.

В связи с выше описанной позицией необходимо дифференцировать угрожающие роды от начинающихся. При начинающихся преждевременных родах будет наблюдаться изменение болевого синдрома – характерны схваткообразные боли внизу живота, их регулярный характер, что может быть подтверждено при проведении механогистерографии. При влагалищном исследовании отмечаются структурно-функциональные изменения шейки матки – ее укорочение и сглаженность с соответствующей бальной оценкой по Бишопу, также возможно излитие околоплодных вод. В данном случае по характеру болевого синдрома и отсутствию характерных изменений шейки матки данную патологию можно исключить.

Необходима дифференциальная диагностика также с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, при которой возможно наличие боли в животе, гипертонуса матки, а кровотечение может быть скрытым. Боль в животе при этом обусловлена растяжением стенки матки, имбибицией ее стенки кровью, раздражением брюшины; выражена сильно, возможна иррадиация в лонный симфиз, бедро. Гипертонус также обусловлен имбибицией кровью и перерастяжением стенки матки при внутреннем кровотечении. Наличие ретроплацентарной гематомы можно установить с помощью УЗИ. Степень кровотечения зависит от места, площади отслойки и гемостатических свойств крови – возможны изменения гемодинамики (снижение АД, тахикардия), снижение гематокрита, дискоагуляторные изменения (как предвестники ДВС-синдрома). В данном случае по характеру болевого синдрома, отсутствия признаков наружного или внутреннего кровотечения данную патологию можно исключить.

Дифференциальный диагноз с острой хирургической патологией также необходим: Острый аппендицит характеризуется преимущественной локализацией боли в эпигастральной области, а затем спустя 2-4 часа перемещением непосредственно в область локализации отростка, следует помнить, что при увеличении в объеме беременной матки локализация аппендикса также будет изменятся, в сроке 28 недель, он будет локализоваться уже в области правого фланга живота. Кроме того возможна однократная рвота; высокая лихорадка и общая интоксикация организма, при физикальном исследовании болезненность при поверхностной пальпации в правой подвздошной области, правом фланге живота, мышечное напряжение, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Воскресенского; в общем анализе крови характерен лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, ускорение СОЭ. У данной пациентке, за исключением болевого синдрома, отсутствуют симптомы острого аппендицита, поэтому в данном случае этот диагноз можно исключить.

По наличие болевого синдрома у больной можно заподозрить острый холецистит. Боли при остром холецистите чаще возникают после погрешностей в диете (жареной, жирной, копчёной пищи), локализуются в правом подреберье, иррадиируют в правую лопатку, плечо. Характерны такие симптомы, как симптом Ортнера (боль при поколачивании правой рёберной дуги), симптом Керра (болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря), симптом Мюсси (болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Могут присоединяться тошнота, рвота. При лабораторных исследованиях в биохимическом анализе крови выявляется повышение уровня билирубина и активности аминотрансфераз; в общем анализе крови может быть выявлен лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ; в общем анализе мочи – билирубинурия. Диагноз уточняют при УЗИ (выявление конкрементов, расширение желчных протоков, утолщение стенки желчного пузыря).

У данной пациентки отсутствуют симптомы, характерные для острого холецистита, лабораторные анализы в пределах нормы. На основании этого диагноз острый холецистит можно исключить.

Локализация боли внизу живота характерна и для острого цистита. Но боли при остром цистите усиливаются в конце акта мочеиспускания, нередко имеют режущий характер. Моча при этом может быть мутная, нередко наблюдается примесь крови в моче. Характерным для цистита является частые болезненные позывы к мочеиспусканию. Данная пациентка характерных жалоб не предъявляет, в анализах мочи патологии не выявлено, что позволяет исключить данный диагноз.

На основании проведённой дифференциальной диагностики можно сделать вывод, что в данной ситуации наиболее целесообразно поставить диагноз - угрожающие преждевременные роды, подтверждённый жалобами, данными анамнеза, данными объективного исследования.

**Клинический диагноз**

Беременность 28 недель. Головное предлежание. Угрожающие преждевременные роды.

Диагноз беременность поставлен на основании:

наличия достоверных признаков беременности:

1) определение частей плода, при пальпации;

2) выслушивание сердцебиения плода при аускультации

3) выявление живого плода, соответствующего сроку гестации при УЗИ.

28 недель беременности выставлены по:

* первому дню последней менструации: 29 апреля 2008 год. Со дня последних месячных прошло 28 недель. Срок беременности на 11.11.08 составляет 28 недель.
* первой явке в женскую консультацию: дата первого обращения в женскую консультацию 8 июля 2008 года. Диагноз 10 недель беременности. Срок беременности на момент курации: 10 недель + 18 недель (число недель прошедших после данного обращения) = 28 недель.
* высоте стояния дна матки – дно матки расположено на 2 пальца выше пупка (25 см над уровнем лона), что соответствует 28 нед. беременности.
* первому шевелению плода: 16 сентября 2008 год, что соответствует 20 неделям беременности, т. к. у первородящих, обычно, первое шевеление плода происходит при сроке гестации 20 недель. Срок беременности на момент курации: 20 + 8 (число недель прошедших после первого шевеления плода) = 28 недель.
* По данным УЗИ (от 22.07.08 г.): Беременность 12 нед.

Срок беременности на 11.11.08г.: 12 недель (число недель по данным УЗИ) + 16 (число недель прошедших после данного УЗИ) = 28 недель.

Головное предлежание установлено на основании:

* наружного акушерского исследования (приёмы Леопольда – Левицкого): 3 – 4 приемы – предлежит головка, подвижна над входом в малый таз.
* влагалищного исследования: через своды определяется головка плода, подвижна над входом в малый таз.
* Данных УЗИ (14.11.08 г.): Плод живой, один, головное предлежание, первая позиция.

Диагноз угрожающие преждевременные роды поставлен на основании:

* жалоб при поступлении на периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота продолжительностью до 10 минут;
* на основании данных бимануального исследования – матка при пальпации легко возбудима.
* Наличии факторов риска у беременной: носительство CMV (TORCH-инфекция).
* данных анамнеза: 10 ноября внезапно к вечеру появились периодические тянущие, ноющие боли без иррадиации в нижней части живота, продолжительностью до 10 минут.
* Проведённого дифференциального диагноза.

**План лечения**

В отсутствии этиологического фактора невынашивания беременности (при идиопатической причине) необходимо проводить патогенетическую терапию.

1. Назначение максимально щадящего лечебно-охранительного режима. Рекомендуется обеспечить постельный режим, физический и половой покой. Назначение седативных средств – настойка пустырника по 1 ст. л. 3 раза в день.

**Медикаментозная терапия угрозы преждевременных родов**

1. Для снижения активности матки: Препаратом выбора для проведения является магния сульфат. Противопоказаний в данном случае к использованию препарата нет. Схема введения: 4-6 г сульфата магния растворяют в 100 мл 5% раствора глюкозы и вводят в/в за 20-30 мин. Далее переходят на поддерживающую дозу 2 г/час, при необходимости увеличивая дозу каждый час на 1 г до максимальной 4-5 г/час. Суточный объем вводимой жидкости не должен превышать 2500 мл. Токолитическая концентрация препарата в сыворотке составляет 5,5-7,5 мг% (4-8 мэкв/л). В большинстве случаев это достигается при скорости введения 3-4 г/час.

Необходим ежечасный контроль: АД, количество мочи (не менее 30 мл/час), сухожильные рефлексы, частота дыхания (не менее 12-14 в мин), мониторинг состояния плода и сократительной активности матки - с целью раннего определения симптомов передозировки (угнетение сухожильных рефлексов (концентрация магния в сыворотке 7-10 мг%), угнетение дыхания (концентрация магния в сыворотке выше 12 мг%)) и эффективности токолитической терапии. При первых признаках передозировки необходимо прекратить введение сульфата магния и в течение 5 мин ввести в/в 10 мл 10% раствора глюконата кальция.

1. Спазмолитическая терапия (снижение возбудимости матки, уменьшение болевого синдрома):

Папаверина гидрохлорид – по 1мл. 2% раствора, в/м 2 раза день.

4. Физиотерапия – электрофорез с магнием: СМТ на низ живота – по 10 мин. (для снижения сократительной активности матки).

**Список литературы:**

1. Айламазян Э.К. «Акушерство» - Санкт-Петербург: Специальная литература, 1997г., 479с.

2. Грицук В.И., Винокуров В.Л., Карелин М.И. Справочник практического гинеколога: 2-е издание, исправленное и дополненное - М.: Медицина, 2005 г.,750с.

3. Нисвандер К., Эванс А. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета. (Перевод с англ.); Практика. М. 1999 г.

4. Руководство по практическим занятиям по акушерству под редакцией профессора В.Е. Радзинского. Издательская группа «ГЕОТАР - Медиа»- 2007г.

5. Русский медицинский журнал, том 11 № 1 (173), 2003г., с.3-6.

6. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности.— М.: Медицина, 1986г. Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 318 от 4 декабря 1992 г.

7. Энкин М., Кейрс М., Ренфью М., Дж. Нейлсон. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. (Перевод с англ. под редакцией Э. Энкин); С-Петербург, 1999 г.

8. Roader L.Bick, James Madden, Karen B.Heller, Ali Toofaniam- Medscape women’s health 3(3),1998. Перевод статьи выполнен врачами центра иммунологии и репродукции Охтырской Т.А.