ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия: x

**Имя:** x

**Отчество:** x

**Возраст:** 20 лет (дата рождения – 24.02.78)

**Национальность:** русская

**Место работы (учебы):** ТГПУ, студентка 2 курса

**Домашний адрес:** г. Томск

**Дата поступления:** 7 сентября 1998 г., 12.00

**Порядок поступления:** плановый

**Диагноз при поступлении:** беременность 30-31 неделя, угроза прерывания

**Дата курации:** 10 сентября 1998 г.

**Клинический диагноз:** беременность 30-31 неделя, головное предлежание

плода, угроза преждевременных родов. Резус-отрицательная кровь матери без титра антител. Анемия беременных 1 степени тяжести. Хронический кольпит. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Внутриутробная задержка роста плода I-II степени ?

# ЖАЛОБЫ

При поступлении и в момент курации больная предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота.

# АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дата последней менструации: начало 24 января, конец 31 января.

Первый пошевел плода: 28 мая.

Общая прибавка в весе за беременность: 9 кг.

Группа крови: А (II), Rh «-». Антител к резус-фактору в крови нет.

На учет в женской консультации по месту жительства встала в 4 недели беременности.

В 4-5 недель беременности была госпитализирована в отделение патологии беременности роддома №2 с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. Был установлен диагноз угрозы прерывания беременности. Больная прошла 4-недельный курс лечения (папаверин, витамин Е, электрофорез с витамином В). Выписана с улучшением.

В 15-16 недель была госпитализирована в отделение патологии беременности роддома им. Семашко с жалобами на тянущие боли внизу живота. Диагноз (из выписки из истории болезни): беременность 15-16 недель, угроза прерывания беременности (гипертонус матки), анемия беременных 1 степени (гемоглобин 107 г/л, эритроциты 3.2 х1012 /л). Пройден 2-недельный курс лечения (папаверин, кокарбоксилаза, глюкоза, бриканил, витамин Е). Выписана с улучшением.

В 20-21 неделю проходила курс лечения в НИИ фармакологии по поводу анемии беременных легкой степени (гемоглобин 108 г/л, эритроциты 3.25х1012 /л). Лечилась фенюльсом, туреналом, эссенциале, поливитаминами, спленином. При выписке гемоглобин – 116г/л, эритроциты 3.6х10 12 /л.

Данная госпитализация связана с вновь появившимися тянущими болями внизу живота.

С начала беременности больная отмечает извращение обоняния: на резкие запахи и запах лимона появляется реакция в виде головной боли, тошноты.

Также с началом беременности появилась извращенная реакция на аскорбиновую кислоту в виде сильного зуда кистей рук и кожи передней брюшной стенки.

# АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

**Наследственность.**

Родители матери больной страдали гипертонической болезнью. У матери больной также имеется гипертоническая болезнь, протекающая в тяжелой форме (с кризами). Сахарным диабетом, туберкулезом, онкологическими заболеваниями, пороками развития никто из ближайших родственников не страдает. Кровнородственных браков в семье нет.

**Социальный анамнез.**

Родилась вторым ребенком в семье. Росла и развивалась в соответствии с паспортным возрастом. В школу пошла с 7 лет. Образование незаконченное высшее. Профессиональных вредностей нет. Не курит, алкоголь не употребляет. Проживает в благоустроенной квартире вместе с мужем. Питание регулярное, полноценное.

**Перенесенные заболевания.**

Из детских инфекций перенесла корь, скарлатину, ветряную оспу.

С 13 лет страдает вегетососудистой дистонией по гипотоническому типу (рабочее давление в пределах 110/60 мм рт ст).

В 19 лет при УЗИ был поставлен диагноз хронического холецистита. За последний год обострений не было. Описторхоз в анамнезе отрицает, речную рыбу в пищу не употребляет.

Травм, операций, переливаний крови не было.

Контакт с больными краснухой во время беременности отрицает.

**Менструальная функция.**

Менструации с 12 лет, установились через 1 год, цикл длится 28 дней. Менструации по 7 дней, обильные, болезненные в первые 3 дня.

**Половая жизнь.**

Половой жизнью живет регулярно с 17 лет, состоит в первом браке (незарегистрированном). Мужу 39 лет, здоров.

Контрацепция с 18 лет триквиларом, осложнений и беременностей на фоне контрацепции не было.

С 19 лет контрацепция фемоденом (полгода), без осложнений. Через месяц после отмены препарата следующая менструация не пришла (наступила данная беременность).

**Гинекологические заболевания** отрицает.

## Репродуктивная функция

Беременность первая, желанная.

Абортов, выкидышей, миниабортов в анамнезе не было.

# ОБЩЕЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Рост: 168 см

Вес: 57.6 кг

Температура тела: 36.5°С

Пульс: 78 уд/мин

АД: 110/70 мм рт ст

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение**:** активное

Тип телосложения**:**  нормостенический

Выражение лица: обычное

#### Кожные покровы

Кожные покровы цвета загара. На симметричных участках температура и влажность кожных покровов одинакова. Венозный рисунок на коже передней брюшной стенки выражен значительно. Полос беременности на коже живота нет. Эластичность кожи сохранена. Молочные железы увеличены, мягкие, соски пигментированы, увеличены.

#### Видимые слизистые оболочки

Слизистая носа розовая, блестящая, отделяемого нет. Слизистая ротовой полости розовая, влажная, блестящая, гиперсаливации нет. Конъюнктива чистая, блестящая, влажная. Задняя стенка глотки слегка гиперемирована, болей в горле и налетов нет.

##### Подкожная жировая клетчатка

Развитие подкожного жирового слоя умеренное, распределение равномерное. Пастозности и отеков на голенях и передней брюшной стенке нет.

#### Костная система

Кости черепа, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей не имеют видимых деформаций, безболезненны при пальпации и перкуссии, очагов размягчения в костях не найдено. Суставы обычной конфигурации, кожа над ними нормальной температуры и влажности. Движения в суставах в полном объеме.

#### Мышечная система

Пальпация отдельных мышечных групп безболезненна. Сила мышц достаточная, тонус сохранен. Активные движения в полном объеме.

##### Лимфатические узлы

Пальпируются следующие группы лимфатических узлов: заушные, подчелюстные, подмышечные, паховые справа. Остальные группы лимфатических узлов не пальпируются. Пальпируемые группы лимфоузлов безболезненны, эластичны, не спаяны с окружающей клетчаткой.

#### Исследование области шеи

Набухания шейных вен нет. Щитовидная железа не пальпируется.

#### Дыхательная система

Носовые ходы свободны, отделяемого из носа нет.

При осмотре деформаций грудной клетки нет.

Пальпаторно эластичность грудной клетки сохранена, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково.

При перкуссии границы легких определяются на 2 межреберья выше обычного уровня по всем линиям справа и слева, высота стояния верхушек легких спереди - 3.5 см от ключицы справа и слева. Поля Кренига справа - 6 см, слева - 6 см .

При сравнительной перкуссии над симметричными участками передних, боковых и задних поверхностей легких перкуторный звук одинаковый - ясный, легочной.

Аускультативная картина: дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Хрипов, крепитации и шума трения плевры не прослушивается.

#### Сердечно-сосудистая система

При осмотре "сердечный горб" не определяется. Пульсации сосудов не видно. Пальпаторно верхушечный толчок определяется на 1 см кнутри от срединноключичной линии в 5 межреберье слева. Верхушечный толчок достаточной силы, локализован. На основании сердца пульсация сосудов пальпаторно не определяется.

Границы сердца соответствуют норме для данного срока беременности.

Тоны сердца ясные. Ритм правильный.

I тон громче на верхушке сердца, II тон - на основании сердца.

АД – 110/70 мм рт ст.

Пульс 78 уд/мин, достаточного наполнения и напряжения. Эластичность стенки сосуда сохранена. Дефицита пульса нет.

#### Органы желудочно-кишечного тракта

Язык влажный, чистый, по краям языка отпечатков зубов нет.

Зубы желтоватого цвета, дефектов зубного ряда и признаков кариеса не отмечено. Десны розовые, умеренно влажные, выводные протоки слюнных желез не гиперемированы. Зев не гиперемирован, миндалины не выступают за края небных дужек.

Глотание жидкой и твердой пищи не затруднено.

При осмотре живот правильной округлой формы, увеличен в объеме за счет беременной матки. Имеется расширение подкожных вен на передней брюшной стенке.

 Поверхностная пальпация живота безболезненна.

Глубокая пальпация отделов кишечника затруднена из-за значительного увеличения размеров матки.

Нижняя граница печени по перкуторным данным располагается на 3 см выше правой реберной дуги. Пропальпировать край печени не удалось.

Селезенка не пальпируется.

Стул регулярный, оформленный, безболезненный, окраска его темная.

#### Мочеполовая система

Жалоб на боли в поясничной области больная не предъявляет. Почки пропальпировать не удалось.

Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Мочеиспускание регулярное, безболезненно, моча светлая, прозрачная (со слов больной).

#### Нервная система и психический статус

Состояние больной удовлетворительное, настроение спокойное, поведение адекватное. В контакт вступает охотно, демонстрируя интерес к собеседнику и собственному заболеванию. Подавленности, раздражительности не отмечено. Сон не нарушен. В позе Ромберга больная устойчива.Функция черепно-мозговых нервов сохранена. Сухожильные и брюшные рефлексы не повышены. Патологических рефлексов и менингеальных знаков не выявлено .

# ОБЪЕКТИВНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1. **Наружное.**

Размеры таза:

-Distantia spinarum 25 см при норме 25-26 см

-Distantia cristarum 27 см при норме 28-29 см

-Distantia trochanterica 30 см при норме 30-31 см

-Conjugata externa 20 см при норме 20-21 см

Крестцовый ромб: 11х11 см при норме 10х10 – 11х11 см

Индекс Соловьева: 14 см при норме 14 см и менее

Высота дна матки над лоном: 27 см

Окружность живота: 86 см

Матка при пальпации в нормотонусе.

Положение плода: продольное

Предлежащая часть: головка, баллотирует над входом в малый таз

Аускультация плода: сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, ясное, ритмичное, ЧСС плода – 140 уд/мин

1. **Внутреннее (влагалищное исследование).**

Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Промежность нормальной высоты.

Влагалище нерожавшей, перегородки во влагалище нет, стриктур и рубцовых изменений нет. Выделения – бели.

Шейка матки укорочена до 1.5 см, имеет признаки размягчения по периферии, распложена по оси малого таза, цервикальный канал пропускает 2 пальца. Пальпируется предлежащая головка, над входом в малый таз.

Седалищные ости и симфиз при пальпации без особенностей, крестцовая впадина емкая, мыс недостижим. Опухолей и экзостозов в малом тазу не обнаружено.

# АКУШЕРСКИЙ ДИАГНОЗ

Беременность 30-31 неделя, головное предлежание плода.

Угроза преждевременных родов.

**Резус-отрицательная кровь матери без титра антител.**

**Анемия беременных легкой степени. Хронический кольпит.**

**Хроническая внутриутробная гипоксия плода.**

**Внутриутробная задержка роста плода I-II степени ?**

**Степень риска по перинатальным факторам:**

1.Социально биологические факторы: 1 балл

2.Акушерско-гинекологический анамнез: 0 баллов

3.Экстрагенитальная патология: 1 балл

4.Осложнения беременности: 4 балла

5. Оценка состояния плода: 3 балла

**Сумма баллов: 9** (степень риска средняя).

# ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общий анализ крови. 8.09.98.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Эритроциты | 3.25х1012/л |
| Гемоглобин | 108 г/л |
| Тромбоциты | 200х103/л |
| Лейкоциты | 6.7х109/л |
| СОЭ | 30 мм/ч |

Заключение: имеется анемия легкой степени.

Анализ мочи по Нечипоренко. 8.09.98.

###### Лейкоциты: 1.500

Эритроциты: не обнаружено

Заключение: патологии нет.

Мазок из влагалища. 7.09.98.

###### Лейкоциты: 12-15 в поле зрения

Эпителий: 6-8 в поле зрения

Обнаружены кокки.

Заключение: у женщины имеется III степень чистоты влагалища, что требует санации.

Биохимический анализ крови. 8.09.98.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Общий белок | 65.6 г/л |
| Мочевина | 3.0 ммоль/л |
| Креатинин | 48.5 мкмоль/л |
| Глюкоза | 4.4 ммоль/л |
| Билирубин общий | 11.9 мкмоль/ь |
| Билирубин прямой | 2.2 мкмоль/л |
| Билирубин непрямой | 9.7 мкмоль/л |
| АЛТ | 0.58 |
| АСТ | 0.25 |
| ПТВ | 15 секунд |
| ПТИ | 93% |
| Фибриноген | 3.5 г/л |
| Этаноловый тест | Отрицательный |

Заключение: имеется снижение показателей фибриногена и ПТИ, что может быть связано с анемией. Появление в крови прямого билирубина можно объяснить явлениями холестаза, которые иногда наблюдаются у беременных.

# ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1.Назначение максимально щадящего лечебно-охранительного режима.

Целесообразно положение в кровати с приподнятым ножным концом. Это связано с тем, что предлежащая часть плода механически воздействует на нижний сегмент матки, раздражая рецепторы, что способствует рефлекторному повышению тонуса и сократимости матки. При этом возникает повышенная опасность преждевременного (дородового) излития околоплодных вод, что приведет к необходимости досрочного родоразрешения при незрелом плоде.

Положение беременной с приподнятыми ногами позволяет уменьшить давление предлежащей части плода на нижний сегмент матки и снизить рефлекторное раздражение и сократимость матки.

2.Медикаментозная терапия угрозы преждевременных родов.

-назначение мягких седативных препаратов, действующих на ЦНС и повышающих порог возбудимости:

**настойка валерианы**

###### Rp: Tincturae Valerianae 30 ml

D.S.: по 10 капель 2 раза в день

-**витамин Е** (антигипоксическое средство, нормализующее тканевый обмен):

Rp: Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 5% - 1 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S: по 1 мл внутримышечно 1 раз в день

-для снижения сократительной активности матки назначается комбинация спазмолитических и сосудорасширяющих средств:

**папаверина гидрохлорид в свечах**

###### Rp: Supp. cum Papaverini hydrochloridi 0.02 № 10

D.S.: по 1 свече в прямую кишку

**магния сульфат**

###### Rp: Sol. Magnesii sulfatis 25% - 10ml

D.S.: 5 мл внутримышечно 2 раза в день

-в случае неэффективности к токолитической терапии можно подключить В-адреномиметик **партусистен**.

-для ускорения созревания легочной ткани недоношенного плода можно применять **лазолван** –средство, ускоряющее синтез сурфактанта в легких:

Rp.: Sol “Lasolvan” 2 ml

D.t.d. № 10 in ampull.

S.: по 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки

1. После достижения токолитического эффекта от медикаментозной терапии в матку можно ввести разгрузочное кольцо Майера, которое будет выполнять функцию поддержки плодного пузыря. Но введение в матку кольца Майера возможно только после санации влагалища.
2. Физиотерапия.

Для усиления токолитического эффекта к медикаментозной терапии желательно подключить иглорефлексотерапию корпоральными иглами. Курс лечения составляет 10-20 сеансов, продолжительность одного сеанса 20-30 минут. ИРТ улучшает общее состояние беременных, способствует релаксации матки, нормализации сердечной и дыхательной функции плода. Заменить иглорефлексотерапию может электрофорез магния синусоидальным модулированным током на нижние отделы живота.

1. Лечение кольпита.

Для лечения кольпитов у беременных применяют **тержинан**, обладающий противогрибковой и антибактериальной активностью.

Rp.: Supp. “Tergynan” № 20

D.S.: по 1 свече во влагалище на ночь

После применению свечи тержинана во влагалище инсуфлируют 3 дозы **лактобактерина**:

Rp.: Lactobacterini sicci

D.t.d. 10 in ampull.

S.: содержимое 1 ампулы инсуфлировать во влагалище

1. Лечение анемии.

-назначение диеты, богатой мясом, печенью, витаминами В12, В1, В6  (яблоки, морковь, свекла, гранат, черная смородина).

-железосодержащие препараты:

**тардиферон**

###### Rp.: Tab. “Tardiferonum” № 30

D.S.: по 1 таблетке 1 раз в день

7.Лечение хронической внутриутробной гипоксии плода.

Для успешной борьбы с гипоксией плода необходимо обеспечить достаточное снабжение плода кислородом, повысить устойчивость и выносливость его мозговых центров к кислородной недостаточности, создать условия, благоприятствующие течению обменных процессов. Достичь этих результатов можно, воздействуя на газообменную функцию плаценты в нескольких направлениях:

-назначение средств, улучшающих плацентарный кровоток, расслабляющих мускулатуру матки и нормализующих метаболизм плаценты. Всеми этими свойствами обладает класс В-адреномиметических препаратов, из которых в акушерской практике наиболее часто применяется **партусистен**.

Rp.: “Partusisten” 0.0005

D.t.d. № 10 in ampull.

S.: содержимое 1 ампулы растворить в 250 мл 5% раствора глюкозы, вводить внутривенно капельно со скоростью 15-20 капель в минуту до появления угнетающего эффекта на миометрий

-одновременное использование средств, нормализующих рекоагуляционных свойств крови:

**реополиглюкин**

###### Rp: Rheopolyglucini 400 ml

D.S.: вводить внутривенно капельно со скоростью 40-50 капель в минуту.

-проведение сеансов **оксигенотерапии**.

Беременная должна получать увлажненный кислород через герметичную маску с клапаном выдоха. Скорость подачи кислорода – 6-7 л/мин, концентрация кислорода во вдыхаемой смеси – 50-60%.

# ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Срок беременности:

-по высоте стояния дна матки над лоном: 27 недель

-по последней менструации (24 января): 30 недель

-по первому пошевелу плода (28 мая): 32-34 нед

-по первой явке в ЖК (12 марта – срок 4 недели): 31 неделя

-по УЗИ (26 мая – срок 16 недель): 31 неделя

-по формуле Гаази (х=длина плода/5): 32 недели (8 лунных месяцев)

Средний срок беременности: 30 недель.

Головное предлежание плода определено приемами Леопольда.

Диагноз угрозы преждевременных родов был поставлен на основании жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота, анамнестических данных (в течение данной беременности постоянно существовала угроза ее прерывания, начиная с ранних сроков, что подтверждается выписками из историй болезни и обменной картой), результатов влагалищного акушерского исследования (шейка матки укорочена, имеется раскрытие цервикального канала на 2 поперечных пальца).

По состоянию шейки матки и степени ее раскрытия диагноз может быть сформулирован как начинающиеся преждевременные роды. Но так как с момента влагалищного исследовния до момента курации прошло более 3 суток и боли внизу живота не стали более сильными и продолжительными (то есть, родовая деятельность не развилась), то можно диагностировать угрозу преждевременных родов.

Причиной данного осложнения беременности у больной служит, вероятнее всего, хроническая инфекция половых путей. У больной имеется хронический кольпит, что считается одним из основных этиологических моментов в возникновении угрозы прерывания беременности. Кроме того, целесообразно обследовать женщину на наличие группы редких генитальных инфекций (герпес, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, хламидиоз), которые вызывают данную акушерскую патологию в значительном числе случаев. Так, при хроническом токсоплазмозе риск невынашивания в 4, а при цитомегаловирусной инфекции в 2.5 раза выше, чем у здоровых женщин.

Анемия легкой степени не имеет у данной больной никаких клинических проявлений и диагноз был поставлен по результатам общего анализа крови (гемоглобин 108 г/л, эритроциты 3.25х1012/л).

Кольпит, вызванный кокковой флорой, также диагностирован по результатам влагалищного мазка.

Хроническая внутриутробная гипоксия плода является следствием существовавшей на всем протяжении беременности угрозы ее прерывания и имеющейся в данный момент угрозы преждевременных родов. Кроме того, ХВГП практически всегда сопровождает такое осложнение беременности, как анемия. Гипоксия плода в данном случае имеет гипоксическую природу (развивается из-за нарушения доставки кислорода в маточно-плацентарный кровоток вследствие снижения кислородотранспортной функции материнского гемоглобина).

Подозрение на внутриутробную задержку роста плода I-II степени вынесено в диагноз на основании несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности: 27 см над лоном при 30 неделях. Для верификации диагноза необходимо провести ультразвуковое исследование и сравнить полученные результаты с нормами для срока беременности в 30 недель

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенков А.П. «Акушерство». Курск, 1995 г.
2. Серов В.Н. «Практическое акушерство». Медицинское информационное агентство, 1997 г.
3. Айламазян Э.К. «Акушерство». Санкт-Петербург, «Специальная Литература», 1997 г.
4. Журнал «Акушерство и гинекология»
5. Медведев М.В., Юрьева Е.В. «Дифференциальная ультразвуковая диагностика в акушерстве». Москва, «Видар», 1997 г.
6. «Неотложное акушерство» под редакцией Г.К. Степанковской. Киев, «Здоров;я», 1994 г.
7. Справочник VIDAL, 1997 г.
8. Айламазян Э.К. «Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике». Ленинград, «Медицина», 1985 г.

# ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1.Для уточнения причин возникновения у данной беременной угрозы прерывания беременности во всех сроках (а в данное время угрозы преждевременных родов) необходимо провести **обследование беременной на группу редких генитальных инфекций:**

-цитомегаловирусная инфекция

-токсоплазмоз

-хламидиоз

-герпес

В Томске данное исследование провести можно в клиниках СГМУ, центре «Анти-СПИД», 4 родильном доме.

2.Для подтверждения диагноза хронической внитриутробной гипоксии плода необходимо применить **кардиотокографию.**

При проведении исследования нужно оценить по балльной шкале параметры сердечной деятельности плода:

-базальная ЧСС

-частота осцилляций в 1 минуту

-амплитуда осцилляций в 1 минуту

-наличие и характер изменений ЧСС (акцелерации и децелерации)

Кроме того, желательно провести функциональную пробу (нестрессовый тест).

3.**Определение уровня плацентарного лактогена в сыворотке крови.**

Проводится для оценки состояния фетоплацентарной системы, тяжести гипоксии плода.

Нормальный уровень плацентарного лактогена в крови после 30 недель беременности составляет примерно 10 мкг/мл. При хронической внутриутробной гипоксии плода концентрация этого гормона падает почти в 3 раза.

4.**Определение экскреции эстриола с мочой.**

Это метод мониторного контроля за состоянием плода во время беременности.

Норма экскреции эстриола с мочой –не менее 12 мг/сут.

При хронической внутриутробной гипоксии плода этот показатель значительно снижается.

5.**Ультразвуковое исследование.**

Результатами данного исследования необходимо подтвердить или отвергнуть диагноз внутриутробной задержки роста плода. Необходимо определить 4 основных размера плода и сравнить их с нормой для 30 недель беременности:

-бипариетальный размер: 7.1-8.0 см

-диаметр грудной клетки: 7.2-8.4 см

-диаметр живота: 7.3-8.7 см

-длина бедра: 5.3-6.1 см

Кроме того, при УЗИ можно получить подтверждение диагноза угрозы преждевременных родов: в матке может определяться участок локального утолщения эндометрия, обусловленного повышением тонуса матки.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальную диагностику состояния, имеющегося у больной, уместно провести со **спаечным процессом в малом тазу**. Сходным клиническим симптомом в данных случаях является тянущая боль внизу живота. Кроме того, при хроническом воспалительном процессе в общем анализе крови не всегда имеются изменения в виде увеличения числа лейкоцитов, сдвига лейкоцитарной формулы влево и ускорения СОЭ. Этих проявлений не обнаружено и у данной больной.

Важнейжим дифференциальным критерием для данного случая является степень зрелости шейки матки. У больной имеются изменения, позволяющие характеризовать шейку матки как «зрелую». В сочетании с имеющимися болями внизу живота это состояние однозначно интерпретируется как угроза преждевременных родов. Этот диагноз подтверждается и анамнестическими данными (на протяжении всей беременности существовала угроза ее прерывания).

Болями внизу живота характеризуется и **острый цистит**. Но у данной патологии имеется много существенных отличий: боли усиливаются в конце мочеиспускания, нередко имеют режущий характер. В моче имеются признаки дизурических явлений (помутнение мочи, примесь крови в ней), характер и частота мочеиспусканий также изменяются. Данная больная жалоб на дизурические расстройства не предъявляет, в анализе мочи по Нечипоренко патологии не обнаружено, что позволяет отвергнуть данный диагноз. А наличие у больной зрелой шейки матки делает диагноз угрозы преждевременных родов очевидным.

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства и

гинекологии №1.

Заведующий кафедрой:

профессор **И.Д. Евтушенко.**

ИСТОРИЯ

**БЕРЕМЕННОСТИ**

Выполнил: студентка VI курса

лечебного факультета СГМУ

**Гордеева А.А.**

Проверил: ассистент кафедры

**Паршина О.В.**

ТОМСК - 1998