**Амурская Государственная Медицинская Академия**

Кафедра акушерства и гинекологии

######  Зав. кафедрой: проф., д.м.н. Т.С. Быстрицкая

 Преподаватель: асс. к. м. н. Мелахова Т. А.

## История родов

# Бысь Ирины Геннадьевны

Клинический диагноз: Беременность 38 недель. Хроническая фетоплацентарная недостаточность компенсированная. ХЦМВИ, ремиссия. Многоводие. Хроническая внутриутробная гипоксия плода легкой степени. Рубец после кесарева сечения в 2001 г.

 Куратор: студент 406 группы Ященко А.В.

###  Время курации с 23.04.05 по 04.05.05

г. Благовещенск, 2005

**Паспортная часть**

 Группа крови - II

 Резус-фактор - положительный

Ф.И.О. Бысь Ирина Геннадьевна

Возраст: 23 года

Место жительства: ул. Горького-118 кв. 70

Образование: высшее экономическое

Место работы: домохозяйка

Семейное положение: замужем

Посещение женской консультации с 9 недель беременности

Первое шевеление плода: 10 ноября 2004 г.

АД при поступлении: 120/80

Температура при поступление: 36,6ºС

Дата поступления: 10.04.05

Дата курации: 23.04.05

**Жалобы при поступлении:** на тянущие боли внизу живота.

Жалобы в день курации: нет

**Анамнез жизни.**

Бысь И. Г. родилась в Амурской области вторым по счету ребенком, в срок 9 месяцев, весом 3000 гр. Беременность у матери протекала нормально. Девочка росла и развивалась правильно, от сверстников в развитие не отставала. Образование высшее экономическое.

**Общие заболевания:** в детстве переболела корью. Болезнь Боткина, туберкулез отрицает. Травм и операций не было. ОРВИ 2 раза в год. Гемотрансфузия в 2001 г.

#### Акушерско-гинекологический анамнез

**Менструальная функция:** возраст начала менархе 13 лет, по 3-4 дня, продолжительность цикла 28 дней, установились сразу, месячные безболезненные, умеренные. Дата последней менструации 24 июля.

**Половая функция:** с 18 лет, изменений в менструальном цикле нет, пользуется барьерным методом контрацепции - (презервативы), состоит в браке с 2000 г. Муж здоров, не курит, не работает.

**Репродуктивная функция:** первая беременность в возрасте 20 лет. Медицинских абортов и выкидышей не было. В настоящее время находится в браке.

**Гинекологический анамнез:** эктопия шейки матки (криодиструкция 2001 г.)

**Аллергологический анамнез:** не отягощен

**Профессиональный анамнез:** не отягощен

**Наследственность:** не отягощена

**Данные объективного осмотра**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Тип телосложения нормостенический. Кожные покровы обычной окраски, высыпаний и следов расчесов нет. Температура тела 36,6ºС. Видимые слизистые оболочки розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. Полос беременности на коже живота нет. Эластичность кожи сохранена. Оволосенение по женскому типу. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Молочные железы мягкие, безболезненные, увеличены в размерах. Кости черепа, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей без деформаций, безболезненны при пальпации. Движения в суставах безболезненны, сохранены в полном объеме. Мышечная система развита хорошо, тонус сохранен.

**Система органов дыхания**

Грудная клетка обычной формы, видимой деформации нет. Над- и подключичные ямки выражены хорошо. Ключицы распложены симметрично. Направление хода ребер косое. Межреберные промежутки обычных размеров. Эпигастральный угол тупой. Позвоночник не деформирован. Лопатки расположены на одном уровне. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное с частотой 18 в минуту. Аускультативно - дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система**

Пальпаторно верхушечный толчок определяется на 1 см. кнутри от l.medioclavicularis sinistra в V межреберье. Верхушечный толчок достаточной силы, локализован. Границы сердца соответствуют норме для данного срока беременности. Тоны сердца ясные. Ритм правильный, I тон громче на верхушке сердца, II тон на основании. АД 120/70 мм.рт.ст. Пульс 88 уд. в мин., достаточного наполнения и напряжения.

**Система органов пищеварения**

Язык влажный, чистый, по краям отпечатков зубов нет. Зев не геперемирован, миндалины не выступают за края небных дужек. При осмотре живот правильной округлой формы, увеличен в объеме за счет беременной матки, поверхностная пальпация живота безболезненна. Глубокая пальпация отделов кишечника затруднена из-за значительного увеличения размеров матки. Нижняя граница печени перкуторно располагается на 3 см. Пальпировать край печени не удалось. Селезенка не увеличена. Стул регулярный, оформленный, акт дефекации безболезненный, окраска кала темная.

**Мочеполовая система**

Жалоб на боль в поясничной области больная не предъявляет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание регулярное, безболезненное, моча светлая, прозрачная.

**Нервная система**

Сознание ясное, поведение адекватное. В контакт вступает хорошо. Раздражительности не отмечено. Сон не нарушен. В позе Ромберга устойчива. Патологических рефлексов и менингиальных знаков нет. Функция черепно-мозговых нервов сохранена.

#### Акушерский статус

**Наружный осмотр и измерения:** форма живота овоидная, пупок сглажен, рубцы беременности отсутствуют. Окружность живота 95 см. Высота стояния дна матки 38 см.

**Размеры таза:** distantia spinarum 23 см, distantia cristarum 25 см, distantia trochanterica 29 см, Conjugata externa 20 см. Индекс Соловьева 15 см.

**Пальпация:** матка в нормотонусе, локальной болезненности нет. Приемы Леопольда-Левицкого: положение плода продольное, предлежащая часть головка, позиция I, вид передний.

**Аускультация плода:** сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, приглушенное, ритмичное, ЧСС плода 138 уд/мин.

**Status genitalis:** наружные половые органы развиты правильно, оволосенение по женскому типу, промежность нормальной высоты. Влагалище не имеет стриктур и рубцовых изменений, зияния нет.

**На зеркалах:** форма шейки матки цилиндрическая, слизистая влагалища цианотична. Характер выделений - бели умеренные.

**Внутреннее исследование:** шейка сформирована по оси родового канала, длинной до 3 см. Наружный зев принимает фалангу пальца до внутреннего зева. Через своды определяется предлежащая часть-головка, прижата ко входу в малый таз. Крестцовая впадина свободная. Опухолей и экзостозов в малом тазу не обнаружено.

**Предварительный диагноз:** Беременность 38 недель. Хроническая фетоплацентарная недостаточность компенсированная. ХЦМВИ, ремиссия. Многоводие. Хроническая внутриутробная гипоксия плода легкой степени. Рубец после кесарева сечения в 2001 г.

 **План обследования**

1. Анализ крови на RW
2. ВИЧ а/г
3. Клинический анализ крови
4. Биохимический анализ крови
5. Кардиотахография
6. Биофизический профиль плода
7. УЗИ (с доплеровским методом исследования)
8. ЭКГ
9. Клинический анализ мочи
10. Мазок из влагалища
11. Бактериологический анализ из цервикального канала

 **Результаты дополнительных методов исследования**

* + - 1. Анализ крови на RW “ - “
			2. ВИЧ а/г не выявлен

3. Клинический анализ крови 02.03.05.

Er-3,84\*1012 СОЭ- 26 мм/ч

Hb- 133 г/л Эозинофилы - 1 %

ЦП-1,0 Моноциты – 5%

Le- 6,0\*109 Лимфоциты - 20%

Tr- 170\*109  п/я -1%, с/я-73%

4. Биохимический анализ крови

Общий белок- 65 г/л

Мочевина- 3,81 ммоль/л

Креатинин- 48,5 мкмоль/л

Глюкоза- 4,4 ммоль/л

Билирубин общий - 16,78 ммоль/л

 прямой - 13,31 ммоль/л

 непрямой- 3,47 ммоль/л

АЛТ-0,58; АСТ-0,25; фибриноген-3,5 г/л

5. Общий анализ мочи 09.03.05

Уд.вес - 1014

Количество - 100 мл

Цвет - соломенно-желтый

Прозрачность- полная

Белок - 2,5 г/л

Сахар - нет

Лейкоциты - 1-2 в поле зрения

6. УЗИ

Заключение: Размеры плода соответствует 38 неделям беременности. Многоводие, признаки раннего созревания плаценты. Плацента расположена по задней стенке матки, больше справа, на 7,5 см выше внутреннего зева.

7. ЭКГ от 04.04.05

Заключение: Ритм синусовый, правильный. Электрическая ось не отклонена. ЧСС 88 ударов в минуту.

**Клинический диагноз:** Беременность 38 недель. Хроническая фетоплацентарная недостаточность компенсированная. ХЦМВИ, ремиссия. Многоводие. Хроническая внутриутробная гипоксия плода легкой степени. Рубец после кесарева сечения в 2001 г.

#### Обоснование диагноза

Диагноз выставлен на основании:

1.Прекращения менструаций (дата последней менструации 24 июля 2004 года);

2.Данных осмотра: увеличение живота (объем на уровне пупка 95 см), выслушивания сердцебиения плода (138 в мин) слева ниже пупка, наличия движений плода (первые движения отмечены 10 ноября 2004 года), усиления пигментации ореол, промежности, цианотичности и увеличения емкости влагалища, высоты стояния лона - 38 см можно утверждать о наличии у Бысь И. Г. беременности сроком 38 недель.

3.Наличие характерной картины УЗИ плаценты и плода от 04.04.05, повышенной активности плода позволяет утверждать о фетоплацентарной недостаточности в фазе компенсации и хронической гипоксии плода легкой степени.

**Дифференциальная диагностика хронической фетоплацентарной**

 **недостаточности**

Основными клиническими проявлениями хронической плацентарной декомпенсированной недостаточности является гибель плода, компенсированной и субкомпенсированной - гипоксия плода различной степени тяжести, задержка роста плода.

Наиболее информативными методами диагностики плацентарной недостаточности являются:

- определение и сопоставление уровней гормонов фетоплацентарной системы (эстрогенов, прогестерона, плацентарного лактогена)

- ультразвуковое сканирование (локализация плаценты, её структура и величина, биометрия, изучение двигательной активности и сердечной деятельности плода

- доплерометрическое исследование кровотока в маточных, плацентарных сосудах и сосудах плода.

Важное место в диагностике плацентарной недостаточности и задержки развития плода принадлежит определению высоты стояния дна матки.

 *Для компенсированной хронической фетоплацентарной недостаточности:*

I степень гемодинамических нарушений: А- нарушение маточно-плацентарного кровотока при сохранном плодово-плацентарном кровотоке;

Б- нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохранном маточно-плацентарном.

Количество плацентарного лактогена от 4-6 мкг/мл. Выделение эстриола с мочой от 12-14мг/сут.

Увеличение высоты стояния матки с 30 недель на 1,5 см в неделю.

Легкая ст. гиповолемии плода. Частые дыхательные движения (≥ 50 в мин.) и повышенная активность плода (≥3 шевеления)

 *Для субкомпенсированной хронической фетоплацентарной недостаточности:*

II степень гемодинамических нарушений: одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических изменений ( сохранен конечно-диастолический кровоток)

Количество плацентарного лактогена > 6 мкг/мл. Выделение эстриола с мочой > 14мг/сут.

Увеличение высоты стояния матки с 30 недель < 1,5 см в неделю.

Умеренная и тяжелая ст. гиповолемии плода. Частота дыхательных движений (< 50 в мин.) и активность плода (<3 шевелений)

*Для декомпенсированной хронической фетоплацентарной недостаточности:*

III степень гемодинамических нарушений: критические нарушения плодово-плацентарного кровотока(отсутствие кровотока или реверсный диастолический кровоток)при сохранном или нарушенном

маточно-плацентарном кровотоке.

Увеличение высоты стояния матки с 30 недель < 1см в неделю.

Терминальная ст. гиповолемии плода. Редкие дыхательные движения и и сниженная активность плода.

 **Этиология и патогенез хронической внутриутробной гипоксии плода**

Причины развития хронической гипоксии:

1. Заболевания матери, ведущие к развитию у неё гипоксии (декомпенсированные пороки сердца, сахарный диабет, анемия, бронхолегочная патология, интоксикации, в том числе инфекционные) и неблагоприятные условия труда (профессиональная вредность) .

2. Осложнения течения беременности (и связанные с ними нарушение развития плаценты) , а также расстройство маточно-плацентарного кровообращения (угроза прерывания беременности, поздний гестоз, перенашивание, мало- и многоводие, ФПН, тазовое предлежание, длительный безводный промежуток, отслойка плаценты, выпадение пуповины, крупный плод) .

3. Осложнения со стороны плода

(тяжелые формы гемолитической болезни, генерализованная внутриутробная инфекция, пороки развития, гипотрофия плода, резус-конфликт, многоплодие).

Патогенез внутриутробной гипоксии: Нарушение трансплацентарной диффузии кислорода и транспорта кислорода от матери к плоду ведет к гипоксемии плода, в результате чего активируются его компенсаторно-приспособительные механизмы. В результате последовательно происходят следующие процессы: вначале увеличивается маточно-плацентарный кровоток, затем происходит возрастание продукции биологически-активных веществ (катехоламинов, ренина, вазопрессина, глюкокортикоидов). В результате этого происходит повышение тонуса сосудов и за счет этого – сокращение значительной части сосудистого русла, депонирование крови в печени облегчает системное кровообращение плода. В дальнейшем наблюдается централизация кровообращения (перераспределение крови с преимущественным снабжением мозга, сердца, надпочечников и уменьшением кровотока в легких, почках, желудочно-кишечном тракте и теле плода). Происходит увеличение сердечного выброса, нарастание систолического артериального давления и центрального венозного давления.

При длительно сохраняющейся гипоксии плода или при дополнительном разком уменьшении поступления кислорода наступает следующий этап реакции плода, характеризующийся максимальным вовлечением биохимических функциональных резервов и появлением первых признаков истощения компенсаторно-приспособительных реакций. Наблюдается усиление процессов анаэробного гликолиза, мобилизация гликогена из депо (печень, сердце, почки) и активация фосфолипаз. На данном этапе начинает появляться ацидоз крови. При прогрессирующей гипоксии происходит отхождение мекония в околоплодные воды. Появляется брадикардия плода, вследствие которой увеличивается продолжительность диастолы, что способствует улучшению наполнения левого желудочка и поддержанию силы сердечных сокращений. Это позволяет на некоторое время сохранить нормальный сердечный выброс и систолическое артериальное давление, при этом мозговой кровоток еще достаточен для функции органа, хотя возникает перераспределение кровотока в мозге с преимущественным снабжением подкорковых отделов. Таким образом, если эта стадия не очень длительная, то последствия могут быть обратимыми, или незначительными. На последнем этапе адаптации к гипоксии происходит истощение (декомпенсация) компенсаторно-приспособительных механизмов, что ведет к значительному снижению напряжения кислорода и возрастанию PCO2, развитию и прогрессированию метаболического ацидоза. В условиях метаболического ацидоза наступает падение сосудистого тонуса, повышается проницаемость стенок кровеносных сосудов, возникает вначале внутриклеточный отек, затем отек тканей (за счет выхода жидкости из сосудистого русла). Нарушается синтез простагландинов, что способствует изменению сосудистого тонуса и усилению агрегации тромбоцитов, нарушению микроциркуляции и ишемии ткани мозга. Продолжает повышаться центральное венозное давление, падает системное артериальное давление, снижается сердечный выброс, возникает гипоперфузия мозга, что ведет к еще более глубоким нарушениям метаболизма в нервной ткани. Истощение энергетических ресурсов изменяет функциональную активность АТФаз. В результате увеличивается выход из клетки калия и повышается внутриклеточное содержание натрия, что способствует деполяризации клеточных мембран. Увеличение кальциевых каналов и повышение внутриклеточного кальция вызывает активацию фосфолипазы А2, что способствует усилению перекисного окисления липидов, увеличению продукции свободных радикалов кислорода и эндоперекисей, вызывающих повреждение клеточных мембран и усугубляющих расстройство микроциркуляции, особенно в мозге. Таким образом, в ткани мозга появляются участки ишемии с последующим некрозом, что ведет к необратимым изменениям нервной ткани и смерти плода.

**Заключение:** беременная угрожаема по:

1. Кровотечению в родах
2. Перенатальным заболеваниям плода
3. Аномалиям родовой деятельности

 **План лечения**

**Цель:** Подготовка женщины к родоразрешению, профилактика гипоксии плода, кровотечения в родах, аномалий родовой деятельности.

1. Назначение щадящего лечебно-охранительного режима.
2. Режим палатный
3. Диета №15
4. Rp.: Tab. Papaverini №20

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день

5. Антагонисты кальция – пирацетам (ноотроп)

 Rp: Caps. Piracetami 0,4

 D.t.d. №60

 S: по 1 капсуле 3 раза в сутки

1. Rp.: Tab. Giniprali №10

D.S. ¼ таблетки 4 раза в день

 **План родоразрешения**

Операция: лапоротомия по Пфаненштилю с иссечением старого кожного рубца, кесарево сечение в нижне-маточном сегменте. Расширение цервикального канала.

**Ход операции** (25. 04. 05 г.): Операция состоит из 4 моментов:

1 момент. Рассечение брюшной стенки поперечным надлобковым разрезом.

2 момент. Висцерально брюшину рассекают поперечно в области пузырно-маточной складки и отслаивают вниз. Матку вскрывают поперечно в области переходной складки брюшины; длина разреза достаточна для проведения в полость матки только двух пальцев; этот разрез двумя пальцами растягивается в поперечном направлении. Кровотечение при этом минимальное.

3 момент. Плод и послед извлекают рукой; стенки матки проверяют большой тупой кюреткой.

4 момент. Стенку матки зашивают в два этажа (оба мышечно-мышечные) узловыми кетгутовыми швами. На висцеральную брюшину накладывают непрерывный шов. Края брюшины раны зашивают послойно.

Заключение: В 10:15 родился мальчик весом 3800 грамм.

 **Дневник наблюдения.**

*23.04.05* Жалобы беременная не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. В легких над всей поверхностью выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту. Молочные железы мягкие, безболезненные, увеличены в размерах. Окружность живота 95 см. Высота стояния дна матки 38 см. Матка в нормотонусе, локальной болезненности нет. Плодный пузырь цел. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный, безболезненный, темная окраска кала. Отеков нет.

*25.04.05* Жалобы беременная не предъявляет. Состояние компенсированное, сознание ясное, положение вынужденное. В легких над всей поверхностью выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД-19 в мин. Температура тела 36,6ºС. АД 120/70 мм.рт.ст. Кожные покровы светло-розового цвета, без высыпаний. Язык чистый, влажный. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Сон не нарушен. Молочные железы мягкие, безболезненные, увеличены в размерах. Живот мягкий, умеренно болезненный. Отеков нет.

*26.03.05* Жалоб нет. Состояние компенсированное, сознание ясное, положение активное. В легких над всей поверхностью выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. Температура тела 36,7ºС. АД 120/80 мм.рт.ст. Кожные покровы чистые, без высыпаний. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Сон не нарушен. Молочные железы мягкие, безболезненные, увеличены в размерах. Высота стояния дна матки 2 см выше пупка. Матка в нормотонусе, локальной болезненности нет. Послеоперационный рубец – в первичном натяжении, повязка сухая. Отеков нет.

*27.04.05* Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. В легких над всей поверхностью выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный, безболезненный, темная окраска кала. Молочные железы мягкие, безболезненные, увеличены в размерах. Высота стояния дна матки – на уровне пупка. Матка в нормотонусе, локальной болезненности нет. Послеоперационный рубец – в первичном натяжении, повязка сухая. Отеков нет.

 *28.04.05* Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. В легких над всей поверхностью выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный, безболезненный, темная окраска кала. Молочные железы мягкие, безболезненные, увеличены в размерах. Высота стояния дна матки – на 2 см ниже пупка. Матка в нормотонусе, локальной болезненности нет. Послеоперационный рубец – в первичном натяжении. Отеков нет.

##### Выписной эпикриз

Беременная Бысь И. Г., 23 года, поступила в ГПЦ 01.04.05 с диагнозом: Беременность 38 недель. Хроническая фетоплацентарная недостаточность компенсированная. ХЦМВИ, ремиссия. Многоводие. Хроническая внутриутробная гипоксия плода легкой степени. Рубец после кесарева сечения в 2001 г.

. Для профилактики аномалий родовой деятельности, гипоксии плода, кровотечения в родах.

 Произведены дополнительные исследования:

1. Клинический анализ крови

 Er-3,84\*1012 СОЭ- 26 мм/ч

 Hb- 123 г/л Эозиноф.- 1 %

 ЦП-0,9 Моноциты – 6%

 Le- 6,0\*109 Lim-20%

 Tr- 170\*109  п/я -1%, с/я-74%

 2. Общий анализ мочи

 Уд.вес - 1014

 Количество - 100 мл

 Цвет - соломенно-желтый

 Прозрачность- полная

 Белок - 2,5 г/л

 Сахар - нет

 Лейкоциты - 1-2 в поле зрения

 3. Биохимический анализ крови

 Общий белок- 65 г/л

 Мочевина- 3,81 ммоль/л

 Креатинин- 48,5 мкмоль/л

 Глюкоза- 4,4 ммоль/л

 Билирубин общий - 16,78 ммоль/л

 прямой - 13,31 ммоль/л

 непрямой- 3,47 ммоль/л

 АЛТ-0,58; АСТ-0,25; фибриноген-3,5 г/л

 Больная выписана в удовлетворительном состоянии с ребенком. Рекомендации: Полноценное питание, поливитамины. Соблюдение послеродового периода (8 недель), половой покой, контрацепция. Кормление грудью до двух лет. Режим труда иотдыха.

 **Использованная литература**

1. Серов В.Н. «Практическое акушерство»,97г.
2. Айламазян Э.К. «Акушерство»,97 г.
3. Бодяжина В.И. «Акушерство»
4. Лекционный материал