ГБОУ ВПО

«Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера»

Министерства здравоохранения Российской федерации

Кафедра акушерства и гинекологии

ИСТОРИЯ РОДОВ

М.К.С., 35 лет

Диагноз: Роды 2 срочные стремительные. Синдром задержки развития плода

Заведующий кафедрой: профессор М.М. Падруль

Ведущий преподаватель: ассистент кафедры Черникова И. А.

Куратор: студентка IV курса педиатрического факультета

группы

Чугайнова Ирина Анатольевна

Начало курации: 11.04.2016г.

Окончание курации: 13.04.2016г.

Пермь, 2016 г.

I. ПАСПОРТРНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: М.К.С.

Возраст: 10.02.1981 г.р. (35 лет)

Национальность: русская

Образование: высшее

Профессия: управление персоналом

Место настоящей работы: ЗАО «Телеком-Плюс», руководитель отдела по развитию персонала

Стаж работы: 10 лет

Домашний адрес: пр. Парковый, д., кв.

Дата и час поступления в стационар: 08.04.2016 г., 09:00

Посещение консультации: МБУЗ ГКП №4, женская консультация, регулярно.

Жалобы в момент начала курации: нет

II. АНАМНЕЗ

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Родилась в г. Перми 2-им ребенком в полной, благополучной семье, вскармливалась грудью. В возрасте 7 лет начала ходить в школу, в 17 лет окончила 11 классов. Образование высшее, в 22 года окончила экономический факультет ПГНИУ. Работать начала с 22 лет. В 25 лет прошла профессиональную переподготовку по направлению «управление персоналом». В настоящий момент является руководителем отдела по развитию персонала в ЗАО «Телеком-Плюс». Материальные условия достаточные.

Среди перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, ветряную оспу. Хроничексие заболевания: хронический холецистит, панкреатит. Наследственные заболевания такие, как туберкулез, сахарный диабет, ожирение, пороки развития, уродства отрицает. Многоплодия у родственников не наблюдалось. В течение настоящей беременности на 28 неделе переболела ОРВИ, гемотрансфузии отрицает, аллергологический анамнез не отягощен.

АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ.

Начало менструаций с 12лет. Установились сразу. Длительность цикла 29 дней. Длительность менструации 5 дней: на второй день - обильные выделения. Общего недомогания не отмечает.

Половую жизнь начала с 18 лет. Замужем, отец ребенка здоров.

В анамнезе 3 беременности: первая беременности (в 2010 году) - замершая в сроке 8 недель. В последствии производилось выскабливание матки. Вторая беременность (2012 год) закончилась срочными родами в сроке 39 недель, токсикоза 1 и 2 половин беременности не было, ребенок - мальчик, 3630 г. Третья беременность - настоящая. Последняя менструация - 18.07.2015г. Первая явка в женскую консультацию на 5 неделе беременности. На 28 неделе находилась на лечении в инфекционном отделении в КМСЧ №1. Первое шевеление плода на 29 неделе беременности.

Динамика АД: 100/60-110/60 мм рт. ст. Группа крови В (III) Rh+ (полож.). Резус-антител нет. Полость рта санирована.

плацента беременность грудной рост

III ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ОБЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ: поведение родильницы спокойное, рост 167 см, масса тела 54,8 кг, температура 36,4оС. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, цвет кожных покровов и видимых слизистых бледно-розовый. Пупок сглажен. ПЖК развита умеренно, распределена равномерно.

НАЛИЧИЕ ОТЕКОВ: отеков нет, лимфатичекие узлы не увеличены, при пальпации безболезненны.

КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА: деформаций и атрофий костей нет. Суставы не изменены.

Система органов дыхания: Дыхание через нос свободное, без отделяемого. Крылья носа в дыхании не участвуют. Грудная клетка нормостенической формы, правильная, симметричная. Над- и подключичные ямки выражены умеренно, ключицы расположены на одном уровне. Тип дыхания - грудной. Ритм правильный. Частота дыхания -16 дыхательных движений в минуту. Дыхание умеренной глубины, ритмичное. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

Пальпация. Болезненности мышц, ребер, межреберных промежутков в точках выхода межреберных нервов нет. Резистентность грудной клетки сохранена, симметрична. Голосовое дрожание не изменено с обеих сторон.

Перкуссия. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный, легочной звук, одинаковый с обеих сторон над симметричными участками. При топографической перкуссии легких высота стояния верхушек легких справа и слева не изменена: спереди - 3см над ключицей, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница правого и левого легкого не смещена.

Аускультация. Над симметричными участками правого и левого легкого выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы, хрипы, крепитация, шум трения плевры отсутствуют.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА: положение активное, цианоза нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, ритм правильный, частота - 78 удар в минуту. Пульс полный, твердый, скорый, по величине - средний. Сосудистая стенка мягкая. Дефицита пульса нет. Артериальное давление на плечевой артерии правой и левой руки 100/60 мм рт. ст.. Осмотр области сердца и крупных сосудов. Выпячиваний грудной клетки в области сердца нет. Верхушечный толчок не визуализируется. Сердечный толчок не определяется.

Пульсациисонных артерий, набухания и пульсации шейных вен, «пляски каротид» нет. Пальпация в области сердца. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой СКЛ, шириной 2см, низкий, не сильный, умеренной резистентности.

Гиперестезии кожи, болезненности при пальпации нет.

Перкуссия сердца. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости соответсвуют границам нормы.

Аускультация сердца. Ритм сердца правильный, двучленный, тоны сердца сохранены. Физиологическое соотношение тонов сердца на верхушке и на основании сохранено.

Шумов, шума трения перикарда, экстракардиальных шумов нет.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ: Слизистая полости рта физиологической окраски, без налета, высыпаний, пигментации.

Сухость, трещины, изъязвления отсутствуют. Десны бледно-розовые, не кровоточат, разрыхленности нет. Язык обычных размеров, влажный, без налета, гипотрофии сосочкового слоя нет.

Трещины, изъязвления отсутствуют. Миндалины не увеличены, физиологической окраски, красноты, налета, гнойных пробок нет. Слизистая глотки розовая, гладкая, влажная. Кариозных зубов нет.

Край печени пальпируется под правой реберной дутой - острый, мягкий, легко подворачивающийся, безболезненный, с гладкой поверхностью. Селезенка не пальпируется.

Деятельность кишечника - стул регулярный, оформленный.

Мочевыделительная система: мочеиспускание - безболезненное. Диурез нормальный. Симптом сотрясения поясничной области отрицательный с обеих сторон.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ: умственное развитие соответствует возрасту. Расстройства речи, письма, зрения, слуха, жевания, глотания отсутствуют. Расстройств чувствительности и движений нет.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ.

· Анализ RW (10.02.16г.) - отрицательный

· Мазок на гонорею (28.02.16 г.) - лейкоциты 5-6 в поле зрения, палочки ++

· Анализ на ВИЧ (12.02.16г.) - отрицательный

· Анализ на Гепатит С (10.02.16г.) - отрицательный

· Анализ на HBsAg (10.02.16г.) - отрицательный

· Бактериологический посев цервикального канала (06.10.15г.): роста нет

· Бактериологический посев мочи (02.12.15г.): роста нет

· Анализ по Нечипоренко (16.02.16г.):

В 1 мл мочи: Лейкоциты:2000

Эритроциты:1250

· ПЦР хламидиоз (06.10.15г.) - отрицательно

· Гормональное исследование (18.11.15г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| ТТГ | 1,57 |
| Т4 | 12,44 |

· Коагулограмма (10.02.15г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| АПТВ (сек) | 27,5 |
| Фибриноген (г/л) | 2,0 |
| ТВ | 16,1 |
| ПТ | 97 % |

· ОАК (09.04.16г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Эритроциты (х1012 /л) | 3,8 | 3,9-4,7 |
| Гемоглобин (г/л) | 112 | 120,0-140,0 |
| Тромбоциты (х109 /л) | 197 | 180,0-320,0 |
| Лейкоциты (х109 /л) | 12,4 | 4,0-8,8 |
| Нейтрофилы: Палочкоядерные (%) Сегментоядерные (%) | 1 74 | 1-6 47-72 |
| Лимфоциты (%) | 13 | 19-37 |
| Моноциты (%) | 11 | 3-11 |
| Эозинофилы | 3 | 0-3 |
| СОЭ (мм/час) | 37 |  |

· Биохимический анализ крови (10.02.16г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| AST (аспартатаминотрансфераза) | 29U/L | До 32 |
| ALT (аланинаминотрансфераза) | 25U/L | До 31 |
| ТП (общий белок) | 67г/л | 65-85 |
| BIL T (билирубин общий) | 12,8 мкмоль/л | 1-18 |
| GLU (глюкоза) | 3,7 ммоль/л | 3,3-6,6 |
| CREA (креатинин) | 63 мкмоль/л | До 97 |
| UREA (мочевина) | 5,7 ммоль/л | 1,7-8,3 |

· ОАМ (09.04.16г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| Удельный вес | 1016 |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Реакция | Кислая |
| Белок (г/л) | отр. |
| Лейкоциты ( в п/з) | 1-2 |
| Эритроциты (в п/з) | 2-3 |
| Эпителий плоский (в п/з) | 3-4 |

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

· УЗИ (08.04.16г., срок беременности 38 нед.)

Плод 1 в головном предлежании, вторая позиция задний вид

ЧСС - 142 уд./мин.

Плацента расположена по задней стенке матки, от внутреннего зева на 76 мм, толщиной 40 мм. степень зрелости - 2

ИАЖ - 11.5 (норма)

СДО а.пуповины - 2,0 (норма)

Двигательная активность плода - 2 балла

Мышечный тонус - норма

Дыхательные движения - есть

Предполагаемая масса плода - 2 535г. - 5 процентилей

Заключение: 38 недель. СЗРП.

СПЕЦИАЛЬНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Живот увеличен за счет беременной матки, имеет форму продольного овоида, окружность живота = 94 см, высота стояния дна матки = 36 см. Прощупываются части плода - при пальпации определяются головка, спинка, мелкие части плода.

Положение, предлежание, позиция и вид определены при объективном исследовании приемами Леопольда - Левицкого: слева - мелкие части плода, справа и спереди определяется крупная плотная часть - спинка плода (позиция первая, вид задний).

В дне матки прощупывается крупная, менее плотная, округлая головка плода, прижатая к входу в малый таз.

Наружная пельвиометрия:

distancia spinarum (расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей. Для измерения этого размера пуговки тазомера прижимают к наружным краям переднее-верхних остей подвздошных костей) = 25 см (в норме 25-26 см).

distancia cristarum (расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. Для измерения этого размера пуговки тазомера передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до получения максимального размера) = 28 см (в норме 28-29 см).

distancia trohanterica (расстояние между большими вертелами бедренных костей. Для измерения этого размера пуговки тазомера прижимают к большим вертелам бедренных костей) = 31 см (в норме 31-32 см)

conjgata externa (прямой размер входа малого таза, расстояние от верхненаружнего края симфиза до надкрестцовой ямки) =19 см (в норме 20-21 см)

индекс Соловьева=14 см (в норме 13,5-15,5 см)

ромб Михаэлиса: вертикальный размер - 10 см, горизонтальный - 11см.

Заключение: данные наружной пельвиометрии соответствуют норме, размеры таза соответствуют нормальной форме таза

Истинная коньюгата (c.externa - расстояние от нижнего края лонного сочленения до верхушки копчика) = 10 см (в норме 9,5 см)

Индекс Файнберга: (индекс Соловьева +3)/с.ext. (14+3)/20=0,85.

Индексы таза соответствуют норме.

Предполагаемый вес плода:

По Стройковой: Х=(МБ:К+ОЖ\*ВДМ)/2, где Х - предполагаемый вес плода (г), МБ - масса тела беременной (г), ОЖ - объем живота (см), ВДМ - высота стояния дна матки над лоном (см), К - константа (при МБ 54-56 кг = 17). Х=3 303 г.

По Якубовой: Х=(ОЖ+ВДМ)/4\*100. Х=3 250 г.

По Жорданиа: Х=ОЖ\*ВДМ. Х=3 384г.

По Ланковицу: Х=(ОЖ+ВДМ+РБ+МБ)\*10. Х=3 518 г.

По Джонсону: Х=(ВДМ-11)\*155. Х=3 875 г.

По УЗИ: по Шепарду: 2 800 г.

по Хедлоку 1вариант: 2 541 г.

по Хедлоку 2вариант: 2 622 г.

по Хедлоку 3вариант: 2 605 г.

Средняя значение по формулам: 3 100г.

Нормальный вес плода на сроке 38 недель: 2 686-3 786 г.

Наружное акушерское исследование приемами Леопольда: положение плода, позиция и вид - продольное. Предлежащая часть: головка, прижата к входу в малый таз.

Сердцебиение плода приглушено, ритмичное. Точка наилучшего выслушивания плода - справа ниже пупка.

Предполагаемый срок беременности и родов:

По менструации: 38 недель (предполагаемый срок родов: 23.04.2016г.)

По УЗИ: 38-39 недель.

IV ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

|  |  |
| --- | --- |
| Факторы риска | Оценка в баллах |
| Социально-биологические | |
| Возраст матери: 35 лет | 3 |
| Сумма баллов: | 3 |
| Акушерско-гинекологический анамнез | |
| Неразвивающаяся беременность один случай | 2 |
| Сумма баллов: | 2 |
| ИТОГО | 5 баллов |

Заключение: средняя степень пренатального риска.

V ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

ДИАГНОЗ: роды 2 срочные стремительные. Синдром задержки развития плода.

Диагноз поставлен на основании:

1. Акушерский анамнез: Первое шевеление плода на 29 неделе беременности.

2. Параклинические данные: УЗИ (08.04.16г.) Заключение: 38 недель. СЗРП.

VI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференцировку проводят с внутриутробной гипотрофией плода.

Признаком внутриутробной гипотрофии плода является нарушение динамики его роста - отставание массы тела и длины плода от соответствующих данному сроку беременности нормальных показателей (симметричная гипотрофия плода, или гармонический тип гипотрофии) или отставание массы тела плода при нормальной его длине (асимметричная гипотрофия, или дисгармонический тип гипотрофии).

При внутриутробной гипотрофии плода в акушерском анамнезе беременной выявляются гормональные и метаболические нарушения, что не свойственно внутриутробной задержке развития плода, которая возможна на фоне полного здоровья матери.

VII. ЭТИОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ

Этиология.

Факторы риска, способствующие задержке роста плода:

· социально-бытовые (возраст менее 17 и более 30 лет, беременность вне брака, профессиональные вредности, тяжёлый физический труд, эмоциональное перенапряжение, курение, алкоголизм, наркомания, масса тела матери менее 50 кг);

· соматические (хронические специфические и неспецифические инфекции, экстрагенитальные заболевания);

· акушерско-гинекологические (инфантилизм, нарушения менструальной функции, первичное бесплодие, гинекологические заболевания, аномалии матки, невынашивание беременности в анамнезе, осложнённое течение предшествующих беременности и родов);

· факторы, связанные с настоящей беременностью (токсикозы, гестоз, угроза прерывания беременности, многоплодие);

· плодовые (конституциональные, наследственные синдромы, внутриутробные инфекции, аномалии развития плода).

Патогенез.

У пациенток с последующим развитием синдрома задержки внутриутробного развития плода уже в I триместре беременности происходит неполноценная инвазия трофобласта в стенку спиральных артерий, вследствие чего развиваются гемодинамические нарушения маточно-плацентарного кровообращения. Замедление кровотока в спиральных артериях и межворсинчатом пространстве приводит к снижению интенсивности газообмена между матерью и плодом. На ранних сроках гестации (до 22 нед.) при недостаточно развитых механизмах саморегуляции плода (уменьшение количества клеток в гиперпластическую фазу клеточного роста) развивается симметричная форма задержки внутриутробного развития плода.

Во второй половине беременности ведущим патогенетическим звеном служит нарушение маточно-плацентарного кровотока, которое приводит к хронической гипоксии и к задержке роста плода. На фоне хронической гипоксии происходит перераспределение плодового кровотока, направленное на обеспечение адекватного функционирования ЦНС. При этом основной поток артериальной крови направляется к головному мозгу плода - так называемый brain-sparin-effect. Клинически при этом формируется асимметричная форма задержки внутриутробного развития плода.

VII. ПЛАН ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1) профилактика РДС плода (2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов или 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов; или 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов)

2) профилактика и лечение хронической инфекции;

) динамика АД, п/а крови для выявления гестоза;

) профилактика преждевременных родов;

) родоразрешение при нарастании признаков внутриутробного страдания плода.

VIII. ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ

период - раскрытие шейки

1. В предродовой комнате уточнить данные анамнеза, провести дополнительным осмотр, детальное обследование роженицы, включая наружные акушерские исследования.

2. Тщательно наблюдать за состоянием роженицы в родильном отделении. Выяснить самочувствие, состояние кожных покровов, выслушать сердечные тоны плода, подсчитать ЧСС. измерить АД, пульс.

. Роды вести через естественные пути.

. Контролирован. АД.

. Наблюдать за характером родовой деятельности, следить за частотой, продолжительностью, силой и болезненностью схваток

6. Наблюдать за состоянием плода, выслушивание сердечных тонов плода методом аускультации каждые 15-20 минут, при излитии околоплодных вод каждые 10 минут. При ЧСС мене 110 и более 106 - контроль КТГ.

7. Следить за опорожнением кишечника и мочевого пузыря каждые 2 часа.

. Тщательный туалет наружных половых органов после каждого мочеиспускания и акта дефекации.

. Прием легкоусвояемой пищи.

. При повышенном уровне АД выше 160 мм рт.ст. произвести амниотомию.

. При ослаблении родовой деятельности - родоусиление окситоцином.

. При появлении признаков сердечной недостаточности - кесарево сечение.

II период - изгнание плода

. Следить за общим состоянием роженицы.

2. Наблюдать за характером родовой деятельности, следить за частотой, продолжительностью, силой и болезненностью схваток.

. Проведение акушерского обследования с целью выяснения продвижения предлежащей части плода по родовым путям.

. Следить за состоянием плода (ЧСС после каждой потуги)

. Наблюдением за состоянием наружных половых органов и характером выделений из влагалища

. Регулирование потуги

. Уменьшение напряжения промежности.

. Следить за правильностью течения родов.

. Контролировать биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания:

Первый момент - сгибание головки плода. При заднем виде затылочного предлежания стреловидный шов устанавливается синклитически в одном из косых размеров таза, в левом (первая позиция) или в правом (вторая позиция), а малый родничок обращен влево и кзади, к крестцу (первая позиция) или вправо и кзади, к крестцу (вторая позиция). Сгибание головки происходит таким образом, что она проходит через плоскость входа и широкую часть полости малого таза своим средним косым размером (10,5 см). Ведущей точкой является точка на стреловидном шве, расположенная ближе к большому родничку.

Второй момент - внутренний неправильный поворот головки. Стреловидный шов из косых или поперечного размеров делает поворот на 45° или 90° , так, что малый родничок оказывается сзади у крестца, а большой - спереди у лона. Внутренний поворот происходит при переходе через плоскость узкой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода малого таза, когда стреловидный шов устанавливается в прямом размере.

Третий момент - дальнейшее (максимальное) сгибание головки.  
Когда головка подходит границей волосистой части лба (точка фиксации) под нижний край лонного сочленения, происходит ее фиксация, и головка делает дальнейшее максимальное сгибание, в результате чего рождается ее затылок до подзатылочной ямки.

Четвертый момент - разгибание головки. Образовались точка опоры (передняя поверхность копчика) и точка фиксации (подзатылочная ямка). Под действием родовых сил головка плода делает разгибание, и из-под лона появляется сначала лоб, а затем лицо, обращенное к лону. В дальнейшем биомеханизм родов совершается так же, как и при переднем виде затылочного предлежания.

Пятый момент - наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков. Вследствие того, что в биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания включается дополнительный и очень трудный момент - максимальное сгибание головки - период изгнания затягивается. Это требует дополнительной работы мышц матки и брюшного пресса. Мягкие ткани тазового дна и промежности подвергаются сильному растяжению и часто травмируются. Длительные роды и повышенное давление со стороны родовых путей, которое испытывает головка при максимальном ее сгибании, нередко, приводят к асфиксии плода, главным образом, вследствие нарушающегося при этом мозгового кровообращения.

. Оказать акушерское пособие во время родов:

Акушерское пособие в родах заключается в следующем:

. Регулирование продвижения врезывающейся головки. С этой целью во время врезывания головки, стоя справа от роженицы, располагают левую руку на лобке роженицы, концевыми фалангами четырех пальцев осторожно надавливают на головку, сгибая ее в сторону промежности и сдерживая ее стремительное рождение.

Правую руку располагают таким образом, чтобы ладонь находилась в области промежности ниже задней спайки, а большой и четыре остальных пальца располагались по сторонам от Бульварного кольца (большой палец - на правой большой половой губе, четыре - на левой большой половой губе). В паузах между потугами осуществляют так называемый заем тканей: ткань клитора и малых половых губ, т. е. менее растянутые ткани Бульварного кольца, низводят в сторону промежности, подвергающейся при прорезывании головки наибольшему напряжению.

. Выведение головки. После рождения затылка головка областью подзатылочной ямки (точкой фиксации) подходит под нижний край лонного сочленения. С этого времени роженице запрещают тужиться и выводят головку вне потуги, уменьшая тем самым риск возникновения травмы промежности. Роженице предлагают положить руки на грудь и глубоко дышать, ритмичное дыхание помогает преодолевать потугу.

Правой рукой продолжают удерживать промежность, а левой захватывают головку плода и постепенно, осторожно разгибая ее, сводят с головки ткани промежности. Таким образом постепенно рождаются лоб, личико и подбородок плода. Родившаяся головка обращена личиком кзади, затылком кпереди, к лону. Если после рождения головки обнаруживают обвитие пуповины, осторожно подтягивают и снимают ее с шеи через головку. Если снять пуповину не удается, ее пересекают между зажимами Кохера.

. Освобождение плечевого пояса. После рождения головки в течение 1-2 потуг рождаются плечевой пояс и весь плод. Во время потуги происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики из поперечного переходят в прямой размер выхода таза, головка при этом личиком поворачивается к правому или левому бедру матери, противоположному позиции плода.

При прорезывании плечиков риск возникновения травмы промежности почти такой же, как при рождении головки, поэтому надо очень тщательно проводить защиту промежности в момент рождения плечиков.

При прорезывании плечиков оказывают следующую помощь: переднее плечико подходит под нижний край лонного сочленения и становится точкой опоры; после этого осторожно сводят ткани промежности с заднего плечика.

. Выведение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно захватывают грудную клетку плода, вводя указательные пальцы обеих рук в подмышечные впадины, и приподнимают туловище плода кпереди. В результате без затруднений рождаются туловище и ножки плода. Родившегося ребенка кладут на стерильную подогретую пеленку, роженице придают горизонтальное положение.

11. После рождения, ребенка кладут на живот матери и вводят 1 мл окситоцина в/м

12. Соблюдать стерильность для профилактики гнойно-септических осложнений.

. Подготовить столик для новорожденного, оповестить неонатолога, рениматолога о рождении ребенка

. Подготовить аппарат ИВЛ, электроотсос, катетеры

. Произвести первый туалет новорожденного

. Оценить состояние новорожденного по шкале Апгар

. Оценка кровопотери в родах.

III период - последовый

. Активно выжидательная тактика

2. Наблюдение за состоянием роженицы

. Определение ВСДМ

. Катетеризация мочевого пузыря

. Оценка допустимой кровопотери

. Признаки отделения плаценты:

· Признак Шредера: сразу после рождения плода матка округлая и ее дно на уровне пупка. Если плацента отделилась и опустилась в нижний сегмент, дно матки поднимается вверх и располагается выше и вправо от пупка, а матка приобретает форму песочных часов.

· Признак Альфельда: лигатура, наложенная на пуповину у половой щели роженицы при отделившейся плаценте опускается на 8-10 см и ниже вульварного кольца.

· Признак Довженко: роженице предлагают глубоко дышать: если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, то плацента отделилась.

· Признак Клейна: роженице предлагают потужиться, при отделившейся плаценте пуповина остается на месте, если же плацента еще не отделилась, то пуповина после потуги втягивается во влагалише.

· Признак Чукапова-Кюстнера: при надавливании ребром кисти руки на надлобковую область, при отделившейся плаценте матка приподнимается вверх, пуповина не втягивается во влагалище, а наоборот ещё больше выходит наружу.

· Признак Микулича-Радицкого: после отслойки планеты, послед может опуститься во влагалище, а роженица ощущать позыв на потугу.

· Признак Гогенбихлера: при неотделившейся плаценте во время сокращения матки, свисающая из половой щели, пуповина может  
вращаться вокруг своей оси, вследствие перенаполнения пупочной  
вены кровью

При положительных признаках отделения плаценты послед выделяется  
самостоятельно.

Биомеханизм отделения плаценты: после рождения плода и отхождения задних околоплодных вод объем матки сильно сокращается и одновременно с этим резко уменьшается внутренняя поверхность матки. В результате этого создается пространственное несоответствие (смещение) площадей матки и плаценты, так как ткани последней не обладают свойством сокращения, присущим мышечной ткани.

При изменении указанных соотношений на внутренней поверхности матки в месте расположения плаценты возникают как бы «складки», что и дает толчок к отслойке плацентарной ткани. В это же время резко снижается и внутриматочное давление. Это приводит к тому, что плацента постепенно отделяется от стенки матки, а затем целиком выходит из ее полости наружу.

Отслойка последа сопровождается изменением контуров (формы и высоты стояния) матки. Дно матки, находившееся после изгнания плода на уровне пупка, после отслойки плаценты поднимается выше при одновременном сужении поперечника матки и образовании мягкого возвышения над симфизом (признак К. Шредера), при этом матка меняет шарообразную форму на овоидную, ее контуры становятся более четкими, а консистенция - более плотной.

Далее в процессе свертывания крови, происходящий в плаценте, которая перестает выделять в матку гормон желтого тела и тем самым оказывать избирательное расслабляющее воздействие на плацентарную площадку матки. Собственная тяжесть отделяющейся плаценты, которая тянет ее вниз (наружу); в результате «отвисания» плаценты неизбежно будет усиливаться раздражение рецепторного аппарата матки; образующаяся при этом ретроплацентарная гематома в большинстве случаев является следствием начавшейся отслойки плаценты, а не ее причиной.

. Послед осматривают: размер, цвет, дегенеративные, изменения, осмотр пуповины на наличие сужения, истинных узлов, размер.

. Осмотр родовых путей в зеркалах, ушивание разрывов.

период - ранний послеродовый период.

1. Наблюдать в течении 2 часов после родов за общим состоянием родильницы

2. Наблюдать за новорожденным

3. Подсчет общей кровопотери

. Выявление и устранение возможных осложнений в послеродовом периоде.

. Строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и правил личной гигиены.

клиническое течение родов.

Поступила повторнородящая в потугах, регулярные схватки с 01:00. 0колоплодные воды светлые излились в 01:55.

Состояние удовлетворительное, АД 120/70 мм рт ст на обеих руках. За 10 минут - 4 схватки по 35 секунд потужного характера. Положение плода продольное, предлежит головка, врезывается. Сердцебиение плода 128-132 уд/мин., ясное. Околоплодные воды светлые.

:05 Родилась живая доношенная гипотрофичная девочка, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | Пульс | Дыхание | Мышечный тонус | Рефлексы | Цвет кожи |
| Балл (оценка через 1 минуту) | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Балл (оценка через 5 минут) | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |

В течение 1 минуты после рождения, с согласия женщины внутримышечно введено 10 ЕД оксетоцина.

После контролируемой тракция пуповины в 02:10 самостоятельно отделился и выделился послед: без патологий, размеры 16х15x2 см. Оболочки все. Матка сократилась, плотная, выделения кровянистые умеренные. Родовые пути - целы. Состояние удовлетворительное, АД - 110470 мм рт. ст., пульс 84 уд/мин. Матка плотная. Кровопотеря 250 мл.

Проведен первичный туалет новорожденного:

1. После прохождения головки ребенка через родовой канал малышу проводят отсасывание околоплодных вод изо рта и носоглотки при помощи специального прибора либо резиновой груши.

2. После этого приступают к обработке и перевязке его пуповины. Как только младенец родится, на его пуповину накладывают два зажима Кохера, между которыми ее, после предварительной обработки спиртом или йодом, разрезают ножницами. После этого происходит накладывание скобы Роговина и отсекание пуповины. Затем пупочную рану обрабатывают слабым раствором перманганата калия, после чего на нее накладывается стерильная повязка.

. Обрабатывают кожу младенца, удаление с нее слизи и первородной смазки специальной салфеткой, смоченной в растительном масле. Паховые, локтевые и коленные сгибы обязательно припудриваются ксероформом.

. Профилактика гонобленореи. Для этого малышу закладывают за нижнее веко 1% тетрациклиновую мазь.

. По окончанию проведения процедуры первичного туалета, переходят к антропометрии: измерения веса, роста и окружностей новорожденного.

Послеродовый период.

:15 Состояние удовлетворительное. АД 100/60 мм рт ст., пульс 78 уд/мин. Матка плотная, дно на 2 см ниже пупка. Выделения кровенистые, умеренные.

:30 Состояние удовлетворительное. АД 100/60 мм рт ст., пульс 78 уд/мин. Матка плотная, дно на 2 см ниже пупка. Выделения кровенистые, умеренные.

:45 Состояние удовлетворительное. АД 100/60 мм рт ст., пульс 78 уд/мин. Матка плотная, дно на 2 см ниже пупка. Выделения кровенистые, умеренные.

:00 Состояние удовлетворительное. АД 100/60 мм рт ст., пульс 78 уд/мин. Матка плотная, дно на 2 см ниже пупка. Выделения кровенистые, умеренные.

:00 Состояние удовлетворительное. АД 100/60 мм рт ст., пульс 78 уд/мин. Матка плотная, дно на 2 см ниже пупка. Выделения кровенистые, умеренные.

IX. ДНЕВНИК

.04.16 г. 2:15

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин. Температура тела 36.70С. АД 110 70 мм рт ст. Кожные покровы физиологической окраски. Молочные железы здоровы. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Тело матки плотное, безболезненное. Дно матки находится на 2 см ниже пупка. Jloxии кровянистые, умеренные. Диурез самостоятельный, досдаточный. Стул был.

.04.16 г. 09:20

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Пульс 71 уд/мин. Температура тела 36.60С. АД 110/60 мм рт ст. Кожные покровы физиологической окраски. Молочные железы здоровы. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Тело матки плотное, безболезненное. Дно матки находится на 6 см ниже пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Диурез самостоятельный, достаточный. Стул был.

.04.16 г. 11:15

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Пульс 74 уд/мин. Температура тела 36.60С АД 110/60 мм рт ст. Кожные покровы физиологической окраски. Молочные железы здоровы. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Тело матки плотное, безболезненное. Дно матки находится на 8 см ниже пупка. Диурез самостоятельный, достаточный. Стул был.

X. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Роды 2 срочные стремительные. Синдром задержки развития плода.

XI. ЭПИКРИЗ

Родильница М.К.С., 35 года, поступила в родильное отделение 08.04.16г. в 09:00. Находилась в родильном отделении МСЧ № 9 с 08.04.16г. по 13.04.16 г. с диагнозом: роды 2 срочные стремительные. Синдром задержки развития плода.

Состояние новорожденного удовлетворительное, пол женский, масса 2 630г., длина 48 см, Апгар 8-9 баллов.

Течение послеродового периода без особенностей. На третий день родильница с ребенком выписалась из родильного дома.

Рекомендации по грудному вскармливанию:

1. Исключение кормления новорожденного из бутылочки или другим способом до того, как мать приложит его к груди. Это необходимо, чтобы у ребенка не сформировалась установка на любое иное кормление, кроме грудного.

2. Правильное положение ребенка у груди позволяет матери избежать многих проблем и осложнений с грудью.

. Кормление по требованию ребенка. Необходимо прикладывать малыша к груди по любому поводу, предоставить ему возможность сосать грудь, когда он хочет и сколько хочет. Это важно не только для насыщения ребенка, но и для его психоэмоционального комфорта. Чтобы чувствовать себя комфортно, малыш может прикладываться к груди до 4 раз в час.

. Продолжительность кормления регулирует ребенок: не отрывайте ребенка от груди раньше, чем он сам отпустит сосок!

. Ночные кормления ребенка обеспечивают устойчивую лактацию. Кроме того, именно ночные кормления наиболее полноценны и питательны.

. Отсутствие допаивания и введения любых инородных жидкостей и продуктов. Если ребенок хочет пить, его следует чаще прикладывать к груди.

. Полный отказ от соски, пустышки и бутылочного кормления. При необходимости введения прикорма следует давать его только из чашки, ложки или пипетки.

. Перекладывание ребенка ко второй груди лишь тогда, когда он высосет первую грудь. Если мама поторопиться предложить малышу вторую грудь, он не дополучит “позднего молока”, богатого жирами. В результате у малыша могут возникнуть проблемы с пищеварением: лактозная недостаточность, пенистый стул. Продолжительное сосание одной груди обеспечит полноценную работу кишечника.

. Исключение мытья сосков перед кормлением и после него. Частое мытье груди приводит к удалению защитного слоя жиров ареолы соска, что приводит к образованию трещин. Грудь следует мыть не чаще 1 раза в день во время гигиенического душа. Если женщина принимает душ реже, то и в этом случае нет необходимости в дополнительном мытье груди.

. Отказ от контрольных взвешиваний ребенка, проводимых чаще 1 раза в неделю. Эта процедура не дает объективной информации о полноценности питания младенца. Она только нервирует мать, приводит к снижению лактации и необоснованному введению докорма.

. Исключение дополнительного сцеживания молока. При правильно организованном грудном вскармливании молока вырабатывается ровно столько, сколько нужно ребенку, поэтому необходимости в сцеживании после каждого кормления не возникает. Сцеживание необходимо в случае вынужденного разлучения матери с ребенком, выхода матери на работу и т.д.

. Только грудное вскармливание до 6 месяцев - ребенок не нуждается в дополнительном питании и введении прикорма. По некоторым исследованиям на исключительном грудном вскармливании без ущерба для здоровья ребенок может находиться до 1 года.

. Поддержка матерей, кормивших детей грудью до 1-2 лет. Общение с женщинами, имеющими положительный опыт грудного вскармливания, помогает молодой матери обрести уверенность в своих силах и получить практические советы, помогающие наладить кормление грудью. Поэтому молодым матерям рекомендуется обращаться в материнские группы поддержки грудного вскармливания как можно раньше.

. Обучение уходу за ребенком и технике грудного вскармливания необходимы современной маме, чтобы она смогла без лишних хлопот с удобством для себя и малыша растить его до 1 года. Наладить уход за новорожденным и обучить технике грудного вскармливания матери помогут консультанты по грудному вскармливанию. Чем скорее мама научится материнству, тем меньше разочарований и неприятных минут перенесет она вместе с малышом.

. Грудное вскармливание до исполнения ребенку 1,5-2 лет. Кормление до года не является физиологическим сроком прекращения лактации, поэтому при отлучении от груди страдают и мать и ребенок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство: учеб. Пособие для студ.вузов/ Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, А.Н. Стрижаков; под ред. Г. М. Савельевой.- М.: Медицина, 2010.

2. Сидорова, И. С. Руководство по акушерству: учебное пособие / И. С. Сидорова. - СПб. Питер, 2014.