Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения и социального развития РФ

**ИСТОРИЯ РОДОВ**

Диагноз:

Основной: Беременность 36-37 недель. Головное предлежание

Осложнение: Нефропатия I

**Паспортная часть**

. ФИО:

. Возраст: 24 г.

.Место настоящей работы: домохозяйка

.Домашний адрес:

.Дата поступления: 25.07.2013г.

.Дата начала курации: с 25.07.2013 по 28.07.2013 г.

**Анамнез жизни**

Родилась \_\_\_ года, третьим по счёту ребёнком. Родилась она в срок, беременность матери и роды протекали нормально. Росла и развивалась в соответствии с возрастом и полу.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские заболевания.

Не работает. Своё денежно-материальное состояние оценивает как достаточное.

В настоящий момент находится в гражданском браке. Бытовые условия удовлетворительные, проживает в трехкомнатной квартире с гражданским мужем. Туалет и другие удобства в квартире имеются. Питается регулярно, полноценно.

Не курит. Алкоголь не употребляет. Употребление наркотических веществ отрицает.

Туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. Контузии, нервные и психические расстройства отрицает. Гемотрансфузий не было.

Онкологические заболевания у близких родственников отрицает.

Аллергологический анамнез. Непереносимость пищевых продуктов отрицает. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

**Анамнез акушерско-гинекологический**

(Специфические функции женского организма)

.Менструальная функция

Появление первых менструаций в 13 лет. Месячные регулярные, установилась через 2,5 года. Продолжительность цикла: месячные по 3 дня с интервалами 28 в дней. Отмечает незначительные болевые ощущения до и во время менструаций Количество теряемой крови умеренное. Половой жизнью живет с 18 лет. Изменения менструального цикла после начала половой жизни не отмечает.

. Секреторная функция

Выделения из половых путей появились в 14 лет в умеренном количестве, консистенция слизистая. Без запаха. Раздражение окружающих тканей не отмечает.

. Половая жизнь

Половой жизнью живет с 18 лет. Случайные половые связи отрицает. Брак не зарегистрирован. Предохраняется от беременности комбинированными оральными контрацептивами.

. Детородная функция

Беременность наступила после 5 лет половой жизни. Беременность первая. Абортов не было.

**Течение настоящей беременности**

Дата последней менструации 4 октября 2012 года. Течение первой и второй половин беременности без осложнений Первая явка на консультацию 20 декабря - 8 недель. Дата первого движения плода не помнит. Женскую консультацию посетила 12 раз.

АД: 160/80 мм.рт.ст. на обеих верхних конечностях

Группа крови А(II): +

Антитела к ВИЧ не найдены: отрицательно

Исследование на гонорею: отрицательно.

Предполагаемый срок родов

по менструации 36 -37 недель

по УЗИ 37 недель, головное предлежание плода.

**Объективное исследование**

**Общий осмотр**

Общий вид:

Состояние беременной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Тип телосложения - гиперстенический. Рост - 150см, масса тела - 94 кг. Осанка не нарушена. Походка плавная, ровная. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Температура тела 36,6 0С

Кожные покровы:

Кожные покровы нормальной окраски, чистые, нормальной влажности. Окраска конъюнктивы не интенсивная. Эластичность кожи хорошая. Характер оволосения женский. Лицо, белая линия живота, соски и околососковые кружки пигментированы. На коже живота имеются полосы беременности.

Подкожная жировая клетчатка:

Подкожный жировой слой развита сильно(толщина кожной складки на животе на уровне пупка - 6см), распределён равномерно. Отёки голеней и кистей.

Мышечная система: Общее развитие мышечной системы - хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная.

Исследование молочных желез и сосков

Округлой формы, безболезненность желез, выраженный сосок, характер секрета молочных желез молозиво.

**Органы дыхания**

Форма грудной клетки - гиперстеническая. Частота дыханий в минуту 16. Тип дыхания смешанный.

### 

### Топографическая перкуссия

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница легких: | Правое легкое: | Левое легкое: |
| Окологрудинная линия | VI межреберье |  |
| Срединно-ключичная линия | VII межреберье |  |
| Передняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| Средняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| Задняя подмышечная линия | X ребро | X ребро |
| Лопаточная линия | XI ребро | XI ребро |
| Околопозвоночная линия | остистый отросток XI грудного позвонка. | Остистый отросток XI грудного позвонка. |

Высота стояния верхушек легких

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Спереди | 3,5 см выше ключицы |
|  | Сзади | Остистый отросток 7 шейного позвонка. |
| Левое легкое | Спереди | 3,5 см выше ключицы |
|  | Сзади | Остистый отросток 7 шейного позвонка. |

Аускультация:

При аускультации над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры нет. Бронхофония не изменена.

**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр

Набухания и пульсации сосудов шеи не наблюдаются. Сердечный горб не обнаружен. Верхушечный толчок невидимый. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация и ретростернальная пульсации не отмечаются.

Пальпация

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по левой среднеключичной линии. Верхушечный толчок умеренно резистентный, ограниченный, не усилен. Сердечный толчок, систолическое, диастолическое дрожание пальпаторно не определяется.

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины (в 4-м межреберье)

Левая - в 5-м межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя - на 3 ребре (по линии проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины)

Поперечный размер относительной тупости сердца -15 см

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - левый край грудины

Левая - 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии

Верхняя - на уровне 3 ребра

Ширина сосудистого пучка - 5 см

Аускультация:

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не слышны.

Исследование сосудов

При осмотре и пальпации яремных вен их расширения и набухания не выявлено, видимой пульсации нет. Артериальный пульс на лучевых артериях синхронный, ритм правильный, наполнение умеренное. При аускультации артерий патологических изменений нет. Пульс 70 уд в мин. Артериальное давление на правой руке 110/90 мм. рт. ст, на левой руке 110/90 мм.рт.ст.

**Органы брюшной полости**

Живот нормальной формы, симметричен. Патологической перистальтики нет. На коже живота имеются полосы беременности. Окружность живота на уровне пупка -101 см. Мышцы брюшной стенки слабо участвуют в акте дыхания.

При перкуссии живота отмечается тимпанит. Симптом Менделя отрицательный.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается.

*Перкуссия границ абсолютной печёночной тупости.*

Верхняя граница: по правой передней подмышечной линии - VII ребро; по правой среднеключичной линии - VI ребро; по правой окологрудинной линии - Vмежреберье.

Нижняя граница: по правой передней подмышечной линии - Х ребро; по правой среднеключичной линии - край рёберной дуги; по правой окологрудинной линии - на 2 см ниже края рёберной дуги; по передней срединной линии - на 4 см ниже основания мечевидного отростка грудины.

Левая граница абсолютной печёночной тупости не выступает за левую окологрудинную линию по краю рёберной дуги.

Размеры (высота) печёночной тупости: по правой передней подмышечной линии - 11 см; по правой среднеключичной линии - 10 см; по правой окологрудинной линии - 9 см; по передней срединной линии (по Курлову) - 8 см; косой размер (по Курлову) - 7см.

Печень пальпируется по краю рёберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заострённый, легко подворачивающийся и безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Василенко, Мерфи, Георгиевкого-Мюсси - отрицательные.

Перкуссия селезёнки. По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой рёберно-суставной линии, определены границы селезёночной тупости: верхняя граница - на уровне IX ребра, нижняя - на уровне XI ребра. Передняя граница селезёночной тупости не выходит за lineacostoarticularissinistra. Размеры селезёночной тупости: поперечник - 6 см, длинник - 8 см.

Селезёнка не пальпируется.

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

**Органы мочевой системы**

При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются..Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

**Наружное акушерское исследование**

Размеры таза:

Distantiaspinarum 26 см

Distantiacristarum 28 см

Distantiatrochanterica 31 см

Conjugataexterna 21 см

Conjugatadiagonalis 13 см

Conjugatavera 12 см

Крестцовый ромб:

*Продольная диагональ 13 см*

Поперечная диагональ 13 см

Индекс Соловьёва 15 см.

Окружность живота 101 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см.

Положение плода продольное. У плода тоны сердца приглушены.

Длина плода 49 см. Прямой размер головки равен 11 см.

Предполагаемая масса плода по формулам:

Жорданиа

У=ОЖ\* ВДМ=101\*38=3838

Ланковица:

У=(ОЖ+ВДМ+РБ+МБ)\*10=(101+38+150+94)\*10=3830

Джонсона:

У=(ВДМ - 12)\* 155=(38-12)\*155=4033

Осмотр наружных половых органов

Тип оволосения по женскому типу. Рубцы на промежности не отмечаются. Выделений не отмечает.

**Дополнительные методы исследования**

1. Общий анализ крови:

Эритроциты 4,7\* 1012 /л

Гемоглобин 112 г/л

Цветной показатель 0,8

Лекоциты 6,8\* 109 /л

СОЭ 30 мм/ч

Общий анализ крови:

Эритроциты 4,8 \* 1012 /л

Гемоглобин 120 г/л

Цветной показатель 0,9

Лекоциты 6,9\* 109 /л

СОЭ 35 мм/ч

1. Общий анализ мочи:

##### Прозрачность: мутная

Цвет: соломенно-жёлтый

Реакция среды: нейтральная

Удельный вес: 1026

Белок: 0,006

Эритроциты: 0-1-2 в п/з

Слизь +

Лейкоциты: 2-1в п/з

Желчн. пигм. отр.

Уробилин отр.

1. Анализ крови на группу и Rh: А(II),Rh +
2. RW : Отрицательно.
3. Анализ крови на наличие антител к ВИЧ: Отрицательно.

6.Б/х:

Билирубин 13,8 мкмоль/л

Белок 63,1 г/л

Глюкоза 5,6 ммоль/л

Мочевина 4,6 ммоль/л

Креатинин -

ПТВ 13,6

Фиб. 6,7 г/л

АЛТ 23 ед./л

АСТ 24 ед./л

. Анализ мочи по Зимницкому:

Время Кол-во уд. вес

6-9 ч утра 290 1020

-12 ч утра 100 1016

12-3 ч 200 1017

3-6 ч 200 1012

Дневной диурез

6-9 ч утра 200 1010

-12 ч утра 180 1014

12-3 ч 200 1015

3-6 ч 200 1015

Ночной диурез

**Клинический диагноз и его обоснование**

Диагноз основной: Беременность 36-37 недель

Осложнения: Нефропатия I

Диагноз выставлен на основании:

- Жалоб на тянущие боли внизу живота, на ноющие боли в области поясницы.

- Данных анамнеза: дата последней менструации 4 октября 2012 года.

Объективного исследования: высота стояния дна матки 38 см, головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз.

Данных лабораторного исследования: ОАК - повышение СОЭ до 30 мм/ч, Hb 112 г/л, ОАМ - в моче присутствует белок.

**Дифференциальный диагноз**

беременность акушерский нефропатия роды

Для нефропатии беременных характерна триада симптомов: отеки, повышение артериального давления (гипертония) и наличие белка в моче (протеинурия). Однако при нефропатии нередко выражены не три, а два из указанных выше симптомов: гипертония и отеки, гипертония и протеинурия, отеки и протеинурия.

Отеки могут быть резко выраженными или незначительными и даже скрытыми; в некоторых случаях этот симптом клиническими методами исследования не выявляется.

Повышение артериального давления - наиболее постоянный симптом нефропатии. Гипертония служит клиническим проявлением основного патогенетического фактора позднего токсикоза - нарушения нервной регуляции сосудистой системы.

Артериальное давление при нефропатии повышается в различной степени. При тяжелом течении заболевания максимальное (систолическое) давление достигает 180-200 мм рт. ст. и выше; иногда оно не превышает 135-140 мм рт. ст.

У больных нефропатией, страдавших до беременности сосудистой гипотонией, повышение артериального давления иногда проявляется в том, что оно достигает нормального уровня. В таких случаях симптомом нефропатии является повышение артериального давления на 20- 30 мм рт. ст. по сравнению с исходным.

При нефропатии беременных повышается и диастолическое (минимальное) давление, что связано с возрастанием тонуса артериол и периферического сопротивления.

Присущие нефропатии нарушения нервной регуляции функций сосудистой системы проявляются не только в повышении артериального давления; нередко наблюдается неравномерное повышение (асимметрия) артериального давления в сосудах правой и левой половин тела, изменение прессорно-депрессорных реакций в ответ на термические и другие раздражители, лабильность или торпидность реакций или их извращение.

Для нефропатии характерен спазм артериальных и расширение венозных отделов капилляров, спастическое состояние артериол, замедление тока крови в капиллярной системе, повышение проницаемости стенок мельчайших сосудов и повышенный выход из крови в ткани солей, воды и мелкодисперсных сывороточных белков (альбумины).

Нарушение кровообращения в системе капилляров отчетливо выявляется при капилляроскопии, а также при офтальмоскопии. При выраженных формах нефропатии офтальмоскопически нередко обнаруживается сужение артерий и расширение вен глазного дна, а иногда и отек сетчатки.

При нефропатии (особенно при тяжелом и затяжном течении) нередко снижается количество циркулирующей крови (гиповолемия).

Протеинурия относится к наиболее характерным признакам нефропатии беременных. Обычно вначале в моче появляются следы белка; по мере развития токсикоза протеинурия возрастает. Наличие следов белка должно насторожить врача; увеличение его до 1 г/л и более дает основание считать это явление признаком нефропатии.

Протеинурия при нефропатии может достигнуть высоких цифр, но в большинстве случаев не превышает 5-8 г/л. Причиной возникновения протеинурии является повышение проницаемости сосудов почечных клубочков; повышение проницаемости клубочкового фильтра почек является выражением общих изменений, присущих сосудистой системе.

При длительном спазме сосудов почек происходит изменение их трофики, протеинурия возрастает, появляются гиалиновые цилиндры. При тяжелом течении нефропатии и дальнейшем ухудшении функции почек в моче появляются зернистые и даже восковидные цилиндры. Нередко снижается диурез.

Характерные для нефропатии сосудистые нарушения влекут за собой ухудшение доставки кислорода к тканям; выраженным формам нефропатии обычно сопутствует гипоксия. В связи с ней ухудшаются окислительные процессы, возникают изменения не только в водно-солевом, но и в белковом и жировом обмене.

В организме увеличивается количество недоокисленных продуктов, уменьшается резервная щелочность крови, возникает склонность к ацидозу. Изменения в обмене веществ выражаются также в уменьшении общего количества белков в сыворотке крови, изменении соотношения белковых фракций в сторону увеличения глобулинов, в склонности к гиповитаминозу.

Нефрит.

Диагноз в типичных случаях острого нефрита легок. Он ставится главным образом на основании триады симптомов: отеков, гипертензии и гематурии. Всегда следует иметь в виду возможность обострения хронического перенесенного нефрита, отсутствие резистентного сердечного толчка, малокровия, нормальный удельный вес мочи. Острый нефрит приходится иногда дифференцировать с декомпенсированной гипертонической болезнью и декомпенсированными кардиосклерозами; в пользу острого нефрита будут говорить не увеличенное в размерах сердце, брадикардия, обычно более выраженные признаки со стороны мочи (большая альбуминурия, гематурия и т. д.). Известные трудности в диагностике создаются в том случае, если острый нефрит наслоился на прежние кардиосклеротические изменения, но такую комбинацию приходится наблюдать редко, потому что острый нефрит поражает чаще людей в молодом возрасте. Наконец, при геморрагической форме острого нефрита надо исключить также местные изменения почек или мочевыводящих путей, почечнокаменную болезнь, опухоль.

**План ведения беременности**

-й период.

Мониторированный контроль за состоянием плода, сократительной деятельности матки. Ведение партограммы. Контроль за общим состоянием роженицы, за артериальным давлением, пульсом, температурой тела, характером схваток, началом потуг, излитием околоплодных вод, степенью раскрытия маточного зева, вставлением головки плода, сердцебиением плода. Своевременная коррекция при появлении отклонений от нормы.

Проводить профилактику гипоксии плода через каждые 3 часа. Роды вести с применением адекватного обезболивания и спазмолитической терапии. Профилактика кровотечения в родах в полном объёме. Перевод роженицы в родильный зал в конце первого периода и подготовка ко 2-му периоду родов.

2-й период.

Адекватное обезболивание. Проведение родов с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Мониторинг за состоянием плода и сократительной деятельности матки. Оказание пособий по защите промежности, своевременная эпизио- или перинеотомия при необходимости. Присутствие неонатолога. Введение с профилактической целью Sol. Methylergometrini 0,02% - 1ml, растворённого в 20 мл 40% раствора глюкозы при врезывании головки плода. Проведение необходимых мероприятий по первичной и вторичной обработке новорожденного. Раннее прикладывание ребёнка к груди матери.

3-й период.

Осторожное извлечение последа. Осмотр последа на целостность долек. Профилактика кровотечения в полном объёме.

**Дневники**

.07.2013 г.

Жалобы: нет

Состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 70 уд/мин. t тела = 36,9

Матка в нормотонусе, безболезненна.

Сердцебиение плода приглушенное 140 уд/мин, головка плода над входом в малый таз.

Околоплодные воды целые

Отеки голеней

Физиологические отправления в норме

Выделения из половых путей слизистые

.12 12.

Жалобы: на зуд кожных покровов

Состояние удовлетворительное, АД 120/80. Пульс 84.Темперература тела норм.

Матка в нормотонусе, безболезненна

Сердцебиение ясное 140 уд /мин, головка над входом в малый таз.

Околоплодные воды целые

Отеки: нет

Физиологические отправления в Норме

Выделения из половых путей: нет

.12.12

Жалобы: нет

Состояние удовлетворительное, АД 110/70. Пульс 80.даТемперература тела норм.

Матка в нормотонусе, безболезненна

Сердцебиение плода приглушенное140 уд /мин, головка над входом в малый таз.

Околоплодные воды целые

Отеки: нет

Физиологические отправления в Норме

Выделения из половых путей: нет

**Эпикриз**

. Находилась в клиническом роддоме №\_ г. \_\_\_ с 30 ноября по 14 декабря 2012 г.

. Клинический диагноз

Основной: Беременность 36-37 недель. Головное предлежание.

Осложнения: Нефропатия I ст.

Сопутствующий: РВНС по гипертоническому типу, ожирение II ст.

Поступила в плановом порядке с жалобами на зуд кожи в области живота

.Проведено ОАК, ОАМ, БХ, УЗИ,

На основании ОАК: Пониженный гемоглобин 112, Повышение СОЭ 30 мм.ч.

ОАМ: белок в моче

БХ: повышение уровня глюкозы 5,6 ммоль.л

.Проведено лечение:.Sol.Acidiascorbinici5%-30ml.t.d.N6inamp. По 1 мл в/в: Sol. Papaverini 2% - 2 ml: По 1ампуле в/м, 3 р/д: Dopegiti 250 мг: принимать по 1таблетке 2 раза в день

Rp: MAGNiiSULFATiS 25%-10ml

S: внутривенно

Плазмаферез.

.Исход болезни выздоровление.

.Состояние больной при выписке удовлетворительное

. Полноценное питание, полноценный сон

декабря назначено кесарево сечение.

**Список используемой литературы**

1. Непосредственное исследование больного. А.Л. Гребенев, А.А. Шептуллин.

. Клиническое обследование больного. Геомед, 2000 г., Москва

. Лекарственные средства. М. Д. Машковский в 2-х томах

. Краткая медицинская энциклопедия в 3-х томах под редакцией Б. В. Петровского. М., 1990 год.

. Лекционный материал по акушерству.

. Учебник. «Акушерство» под ред. Савельевой Г.М., 2000

. Учебник. «Акушерство», Бодяжина И.А., 1986