Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию РФ

ГОУ ВПО ИГМА

Кафедра “Акушества и гинекологии”

Диагноз при поступлении: Беременность 39-40 недель. Преэклампсия легкой степени. Бронхиальная астма, длительная ремиссия.

Ижевск 2013г

Паспортные данные:

1. Ф.И.О.:

. Возраст: 25лет

. Семейное положение: замужем

. Профессия, должность: бухгалтер, ООО Позитив

. Дата поступления: 11.03.13

. Беременность, Роды: 1беременность,1роды

. Группа крови, резус фактор: AB(IV) Rh+

. Диагноз при поступлении: Беременность 39-40 недель. Преэклампсия легкой степени. Бронхиальная астма, длительная ремиссия.

. Сопутствующие заболевания: бронхиальная астма

Анамнез беременности:

Течение настоящей беременности:

-ый триместр - общие заболевания отрицает, отмечала тошноту, несколько раз была рвота, АД - 120/80 мм рт. ст.

-ой триместр - общие заболевания отрицает, появилась изжога, прибавка в весе 8 кг, АД - 120/80 мм рт. ст. Первое шевеление плода на 16-ой неделе.

-ий триместр - общая прибавка в весе за беременность 10 кг, равномерная. АД - 120/80 мм рт. ст. Причина госпитализации - преэклампсия,роды.

Анамнез акушерский:

1. Менструальная функция: Менархе в 13 лет, цикл установился сразу, 5-6 дней через 28 дней, обильные, безболезненные. . Дата последней менструации - 11.06,12.

. Секреторная функция: выделения из влагалища слизистые, умеренные, прозрачные, без запаха.

. Половая функция: Начало половой жизни в 21 год, первый брак. Муж - 27 года, здоров, без вредных привычек.

. Детородная функция:

1-ая беременность - настоящая

. Контрацепция до беременности: презервативы.

1. Функция органов пищеварения и мочеотделения без особенностей.
2. Аллергоанамнез - без особенностей.
3. Наследственность не отягощена.
4. Вредных привычек нет.
5. Проф. Вредности - нет
6. Муж здоров.

Данные объективного обследования:

1. Жалобы на боли во время схваток, голова не болит, зрение ясное, отеков есть незначительные на нижних конечностях., общее состояние - удовлетворительное.

. Телосложение правильное, пропорциональное, нормостенического типа, рост - 155 см, вес - 70.8 кг, t - 36,6.

. Нервная система: зрачковые рефлексы сохранены, сон спокойный.

. Состояние психики: настроение хорошее, небольшой страх перед родами.

. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные, акцента II-го тона нет, АД на обеих руках 120/80 мм рт. ст., пульс 76 ударов в минуту.

. Органы дыхания: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16 в минуту.

. Мочеполовая система: дизурических расстройств нет.

Данные наружного акушерского исследования в момент поступления:

1. Размеры таза:

d. spinarum - 22 см, d. cristarum - 26 см, d. trochanterica - 32 см, c. externa - 23 см.

2. Высота стояния дна матки - 37 см, окружность живота - 101 см, предполагаемые размеры плода - 3737

. Пояснично-крестцовый ромб - 11см х 11см

. Индекс лучезапястного сустава - 15см

. Состояние сократительной деятельности матки - матка сокращается при пальпации.

. Положение плода - продольное, предлежание - затылочное, позиция - первая, вид - передний, сердцебиение плода ясное, место выслушивания - ниже пупка слева, частота - 130 в минуту, ритмичное, звучное.

Данные внутреннего акушерского исследования 16.03.2013 в 7:40

а) Наружные половые органы развиты правильно, влагалище не рожавшее.

б) шейка матки центрирована длиной до 0.5см, мягкая, тонкая, открытие 3см.

в) плодный пузырь цел

г) предлежащая часть - головка, прижата ко входу в малый таз

д) экзостозов нет, мыс не достижим, величина диагональной конъюгаты > 12 см.

е) диагноз на основании исследования: I-ый период 1-ых срочных родов, головное предлежание.

Лабораторные исследования.

1. полный анализ крови:

Гемоглобин---100 г\л

Эритроциты---3.4\*1012 \л

Лейкоциты--- 4,5\*109\л

Эозинофилы---2 %

Базофилы--- 0 %

Палочки.--- 1%

Сегменты.--- 49%

Лимфоциты--- 39 %

Моноциты--- 9%

СОЭ--- 37мм\ч

тромбоциты 320\*109\л

время свертывания: 6мин20сек

время кровотечения: 5мин35сек

1. Анализ мочи.

Цвет- желтый

Прозрачность - слабо мутная

Удельный вес - 1011

Белок - не обнаружен

Лейкоциты - 1-2 в п\з.

Эпителий плоский 1-3 в п\з.

1. Биохимический анализ крови:

сахар 43.9ммоль/л

общий белок 69.8,2 г\л

АСТ 30,6

АЛТ 25,4

фибриноген 5.2 г\л

ПТИ 107 %

1. Микроскопия мазка:

лейкоциты 12-15 в п\з

эпителий: 4-7

флора: един. кокки

трихомонады- отр.

Закл.: 1 степень чистоты влагалища.

1. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 85-57 в мин, дыхательная аритмия, ЭО вертикальная.

Сводка патологических данных:

1. Бронхиальная астма.
2. Эррозия шейки матки.
3. Уреаплазма.
4. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Диагноз и его обоснование:

-ая беременность, 39-40 неделя, затылочное предлежание, первая позиция, передний вид, крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез. I-ый период 1-ых срочных родов.

Присутствуют следующие признаки беременности: прекращение менструации (последняя менструация 11.06.11), матка увеличена, высота ее стояния - 37 см, окружность живота - 101 см, при пальпации живота определяются части плода и его шевеление; хорошо выслушивается сердцебиение плода (особенно слева, ниже пупка).

Из акушерского анамнеза известно, что данная беременность первая по счету.

Обоснование срока беременности: дата первого дня последней менструации -11.06.12 , с этого дня до настоящего времени прошло 279 дней, что соответствует 39 недели беременности.

На основании данных наружного акушерского исследования и влагалищного исследования определили продольное положение плода в переднем виде затылочного предлежания, первая позиция.

Предположительный вес плода: умножаем окружность живота (101см) на высоту стояния матки (37 см), получается приблизительно 3737 г, следовательно плод крупный.

Из акушерского анамнеза известно, у женщины эрозия шейки матки, что является отягощением акушерского анамнеза.

О наступлении I-ого периода родов свидетельствуют появление схваток и данные влагалищного исследования: сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева, образование плодного пузыря.

Из акушерского анамнеза известно, что данные роды по счету являются первыми. беременность акушерский роды

Предполагаемая дата родов:

Роды срочные: срок родов по последней менструации 18.06.13.

План ведения родов, обоснование, прогноз родов:

Роды вести консервативно с применением спазмолитиков и анальгетиков. Проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода и кровотечения в родах. Роды вести с функциональной оценкой таза.

Учитывая, что плод находится в переднем виде затылочного предлежания и размеры таза матери соответствуют размерам плода, можно прогнозировать нормальное течение родов.

Течение родов (16.03.13)

1. I-ый период родов (период раскрытия)

Тактика ведения: Активное наблюдение за состоянием роженицы (окраска кожных покровов и видимых слизистых, пульс, артериальное давление, функция мочевого пузыря и кишечника; при излитии околоплодных вод определяют их количество, цвет, прозрачность, запах, и проводят влагалищное исследование) и плода (выслушивают сердцебиение плода каждые 15 минут, наблюдают за характером вставления головки плода - это можно определить наружными приемами пальпации, при влагалищном исследовании, выслушивании сердцебиения плода, ультразвуковом исследовании).

Мочевой пузырь необходимо опорожнить, т. к. переполнение его может мешать нормальному течению родов.

Обезболивание родов: Sol. Promedoli 1% 1-2 ml подкожно.

Предупреждение рвоты: Седуксен 5-10 мг.

Течение:

:40 - был вскрыт околоплодные пуырь, околоплодные воды светлые. Общее состояние удовлетворительное, голова не болит, зрение ясное. Пульс - 76 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Схватки через 4-5 минут по 35 секунд. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Раскрытие 4см.

Влагалищное исследование:

Показание: излитие околоплодных вод.

Данные: шейка матки сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие зева - 4-5 см. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз.

Диагноз: I-ый период 1-ых срочных родов, головное предлежание, крупный плод, излитие околоплодных вод. Отягощенный акушерский анамнез.

Заключение: продолжать консервативное ведение родов.

:40 - Общее состояние удовлетворительное, голова не болит, зрение ясное. Пульс - 76 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Схватки через 3 минуты по 40 секунд. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Раскрытие шейки-7см.

2. II-ой период родов (период изгнания)

Тактика: Усиленное наблюдение за состоянием роженицы плода и родовыми путями. После каждой потуги обязательно выслушивают сердцебиение плода, так как в этот период чаще возникает острая гипоксия плода и может наступить внутриутробная гибель.

Продвижение головки плода в периоде изгнания должно проходить постепенно, постоянно, и она не должна стоять в одной и той же плоскости большим сегментом более часа. Во время прорезывания головки приступают к оказанию ручного пособия. При разгибании головка плода оказывает сильное давление на тазовое дно, и оно сильно растягивается, может произойти разрыв промежности. С другой стороны, головка плода подвергается сильному сдавлению со стороны стенок родового канала, плод подвергается угрозе травмы - нарушению кровообращения головного мозга. Оказание ручного пособия при головном предлежании снижает возможность этих осложнений.

Ручное пособие при головном предлежании направлено на защиту промежности. Оно состоит из нескольких моментов, совершаемых в определенной последовательности.

Первый момент - воспрепятствование преждевременному разгибанию головки. Головка, прорезываясь через половую щель, должна пройти самой наименьшей своей окружностью (32 см), проведенной по малому косому размеру (9,5 см) в состоянии сгибания.

Принимающий роды становится справа от роженицы, кладет ладонь левой руки на лобок, а ладонные поверхности четырех пальцев располагает на головке, закрывая всю ее поверхность, показывающуюся из половой щели. Легким давлением задерживает разгибание головки и предупреждает быстрое ее продвижение по родовому каналу.

Второй момент - уменьшение напряжения промежности. Для этого правую руку кладут на промежность так, чтобы четыре пальца плотно были прижаты к левой стороне тазового дна в области большой половой губы, а большой палец - к правой стороне. Мягкие ткани осторожно всеми пальцами натягивают и низводят по направлению к промежности, уменьшая этим напряжение промежности. Ладонью этой же руки поддерживают промежность, прижимая ее к прорезывающейся головке. Избыток мягких тканей уменьшает напряжение промежности, восстанавливает кровообращение и предотвращает разрыв.

Третий момент - выведение головки из половой щели вне потуг. По окончании потуги большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают вульварное кольцо над прорезывающейся головкой. Головка постепенно выводится из половой щели. При начале следующей потуги прекращают растягивание вульварного кольца и вновь препятствуют разгибанию головки. Так повторяют до тех пор, пока головка не подойдет теменными буграми к половой щели. В этот период резко растягивается промежность, возникает опасность разрыва ее.

Четвертый момент - регулирование потуг. Наибольшее растяжение и угроза разрыва промежности возникает, когда головка в половой щели находится теменными буграми. В этот же момент головка испытывает максимальное здавление, создавая угрозу внутричерепной травмы. Для исключения травматизма матери и плода необходимо регулирование потуг, т.е. выключение и ослабление их или, наоборот, удлинение и усиление. Это осуществляют следующим образом: когда головка плода установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка находится под лонным сочленением, при возникновении потуги роженицу заставляют глубоко дышать, чтобы снизить силу потуги, так как во время глубокого дыхания потуги невозможны. В это время обеими руками задерживают продвижение головки, пока схватка не закончится. Вне потуги правой рукой сдавливают промежность над личиком плода таким образом, что она соскальзывает с личика, левой рукой медленно приподнимают головку вверх и разгибают ее. В это время женщине предлагают потужиться, чтобы рождение головки происходило при малой силе напряжения. Таким образом, ведущий роды командами "тужься", "не тужься" достигает оптимального напряжения тканей промежности и благополучного рождения самой плотной и большой части плода - головки.

Пятый момент - освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода. После рождения головки роженица должна потужиться. При этом происходит наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков (при первой позиции головка лицом поворачивается в сторону противоположную позиции - к правому бедру матери, при второй позиции - к левому бедру). Обычно рождение плечиков происходит самопроизвольно. Если это не произошло, то головку захватывают ладонями в области правой и левой височных костей и щечек. Головку легко и осторожно оттягивают книзу и кзади, пока под лонное сочленение не подойдет переднее плечико. Затем левой рукой, ладонь которой находится на нижней щеке, захватывают головку и приподнимают ее верх, а правой рукой бережно выводят заднее плечико, сдвигая с него ткани промежности. Плечевой пояс родился. Акушерка вводит указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины, и туловище приподнимают кпереди (вверх, на живот матери). Ребенок родился.

Для профилактики кровотечения показано до появления теменных бугров головки плода введение метилэрготомина (вызывает сокращение матки, что способствует остановки кровотечения).

В зависимости от состояния промежности и размеров головки плода не всегда удается сохранить промежность и происходит ее разрыв. Учитывая, что резаная рана заживает лучше, чем рваная, в случаях угрозы разрыва, производят перинеотомию или эпизиотомию.

Течение:

:30 - Общее состояние удовлетворительное, голова не болит, зрение ясное. Пульс - 76 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Потуги через 1-2 минуты по 50 секунд. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 130 ударов в минуту.

:55 - Родился живой доношенный мальчик без видимых пороков развития. Вес - 3680 г, рост - 52 см, оружность головки-34см,окружность грудной клетки-32см.. Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте - 7баллов, на 5-ой минуте - 8баллов. Целостность мягких родовых путей не нарушена.

3. III-ий период родов (последовый период)

Тактика ведения: Выжидательная. Активное наблюдение за роженицей: кожные покровы не должны быть бледные, пульс - не должен превышать 100 ударов в 1 минуту, артериальное давление не должно снижаться более чем на 15-20 мм рт. ст. по сравнению с исходным. Следить за состоянием мочевого пузыря, он должен быть опорожнен, т.к. переполненный мочевой пузырь препятствует сокращению матки и нарушает нормальное течение отслойки плаценты.

Признаками отделения плаценты:

1. Плацента отделилась и опустилась в нижний отдел матки, дно матки поднимается вверх выше пупка, отклоняется вправо, нижний сегмент выпячивается над лоном (признак Шредера).

. Лигатура, наложенная на культю пуповины у половой щели, при отделившейся плаценте опускается на 10 см и более (признак Альфельда).

. При надавливании ребром кисти руки над лоном матка поднимается вверх, пуповина не втягивается во влагалище, если плацента отделилась, пуповина втягивается во влагалище, если плацента не отделилась (признак Кюстнера-Чукалова).

. Роженица делает глубокий вдох и выдох, если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, следовательно, плацента отделилась (признак Довженко).

. Роженице предлагают потужиться: при отслоившейся плаценте пуповина остается на месте; а если плацента не отделилась, пуповина после потуг втягивается во влагалище (признак Клейна).

Правильный диагноз отделения плаценты ставят по совокупности этих признаков. Роженицу просят потужиться, и послед рождается. Если этого не происходит, то применяют наружные способы выделения последа из матки:

1. Способ Абуладзе (усиление брюшного пресса). Переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку так, чтобы прямые мышцы живота были плотно охвачены пальцами, расхождение мышц живота устраняется, уменьшается объем брюшной полости. Роженице предлагают потужиться. Отделившийся послед рождается.

. Способ Гентера (имитация родовых сил). Кисти обеих рук, сжатые в кулаки, кладут тыльными поверхностями на дно матки. Постепенно давлением книзу послед медленно рождается.

. Способ Креде-Лазаревича (имитация схватки) может явиться менее бережным, если не выполнить основные условия при выполнении этой манипуляции. Условия следующие: опорожнение мочевого пузыря, приведение матки в срединное положение, легкое поглаживание матки в целях ее сокращения. Техника метода: дно матки обхватывают кистью правой руки, ладонные поверхности четырех пальцев располагаются на задней стенке матки, ладонь - на дне ее, а большой палец - на передней стенке матки; одновременно всей кистью надавливают на матку в сторону к лонному сочленению, пока послед не родится.

Необходимо осмотреть послед и мягкие родовые пути. Для этого послед кладут на гладкую поверхность материнской стороной вверх и внимательно осматривают плаценту; поверхность долек гладкая, блестящая. Если возникает сомнение в целости последа или обнаружен дефект плаценты, то немедленно производят ручное обследование полости матки и удаление остатков плаценты.

При осмотре оболочек определяют их целость, не проходят ли по оболочкам кровеносные сосуды, как это бывает при добавочной дольке плаценты. Если сосуды на оболочках имеются, обрываются, следовательно, добавочная долька осталась в матке. В этом случае также производят ручное отделение и удаление задержавшейся добавочной дольки. Если обнаруживают рваные оболочки, значит, обрывки их задержались в матке. Чем ближе к плаценте разрыв оболочек, тем ниже прикреплялась плацента, тем большая опасность кровотечения в раннем послеродовом периоде. При отсутствии кровотечения искусственно оболочки не удаляют. Через несколько дней они выделятся сами.

Роженицы в последовом периоде нетранспортабельны.

Кровопотерю во время родов определяют путем измерения массы крови в градуированных сосудах и взвешивания промокших салфеток.

Осмотр наружных половых органов производят на родильной кровати. Затем в малой операционной комнате у всех первородящих и повторнородящих осматривают при помощи влагалищных зеркал стенки влагалища и шейку матки. Обнаруженные разрывы зашивают.

Течение:

:10 - Общее состояние удовлетворительное, голова не болит, зрение ясное, кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Пульс - 76 в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Послед отделился и родился самостоятельно через 15 минут, целость сохранена, оболочки все, пуповина 60 см, общая кровопотеря 150мл. Целостность мягких родовых путей не нарушена. Матка плотная, безболезненная, кровянистые выделения умеренные, моча светлая.

Длительность родов по периодам и в целом:

Продолжительность родов - 6 часов 10 минут, что соответствует норме.ый период - 5часов (быстрые).ой период - 25 минут (норма)ий период - 15минут (в норме до 40минут )

Механизм данных родов, описанных по моментам:

Первый момент - сгибание головки. В конце периода раскрытия головка стоит во входе таза так, что сагиттальный шов располагается в поперечном или слегка косом размере таза. В периоде изгнания давление матки и брюшного пресса передается сверху на тазовый конец, а через него на позвоночник и головку плода. Затылок опускается, подбородок приближается к грудной клетке, малый родничок (проводная точка) располагается ниже большого.

В результате сгибания головка входит в таз наименьшим размером, а именно малым косым (9,5 см) вместо прямого размера (12 см), которым она была установлена раньше.

Второй момент - внутренний поворот головки затылком кпереди, или правильная ротация. Головка совершает поступательные движения вперед (опускается) и одновременно поворачивается вокруг продольной оси. При этом затылок (и малый родничок) поворачивается кпереди, а лоб (и большой родничок) - кзади. Сагиттальный шов, находившийся в поперечном (или слегка косом) размере входа в таз, постепенно меняет положение. Когда головка опускается в полость таза, сагиттальный шов переходит в косой размер (первая позиция - в правый косой). В выходе таза сагиттальный шов устанавливается в прямом размере его.

Третий момент - разгибание головки. Когда согнутая головка достигает выхода таза, она встречает сопротивление мышц тазового дна. Сокращения матки и брюшного пресса направляют плод книзу. Мышцы тазового дна оказывают сопротивление продвижению головки в данном направлении и способствуют отклонению ее кпереди (вверх). Под влиянием этих двух сил головка разгибается, чему способствует форма родового канала. Разгибание головки происходит после того как область подзатылочной ямки вплотную подойдет под лобковую дугу. Вокруг этой точки опоры головка разгибается. При разгибании из половой щели последовательно появляются теменная область, лоб, лицо и подбородок, т.е. рождается вся головка (плоскостью, проходящей через малый косой размер, окружность которой 32 см).

Четвертый момент - внутренний поворот туловища и наружный поворот головки. Плечики своим поперечным размером вступают в поперечный или слегка косой размер таза; в полости таза начинается поворот плечиков и они переходят в косой размер. На дне таза они устанавливаются в прямом размере выхода таза (одно плечико - к симфизу, другое - к крестцу). Поворот плечиков передается головке, когда они устанавливаются в прямом размере выхода таза, лицо поворачивается к бедру матери. После рождения плечевого пояса происходит изгнание остальных частей плода. Это совершается быстро и без препятствий, так как туловище плода, менее объемистое по сравнению с головкой и плечевым поясом, проходит через родовые пути, максимально расширенные идущей впереди головкой.

Новорожденный:

Пол - мальчик, вес - 3680 г, окружность головки - 34 см, форма головки - долихоцефалическая, окружность груди - 32 см, что соответствует механизму родов.

первичный туалет новорожденного и первичная обработка пуповины:

Пуповину протирают стерильным тампоном, смоченным в 96% спирте, и на расстоянии 10-15 см от пупочного кольца пересекают между двумя зажимами. Конец пуповины новорожденного вместе с зажимом завертывают в стерильную салфетку. Веки протирают стерильными тампонами. Проводят профилактику бленорреи: оттягивают нижнее веко каждого глаза и на вывернутые веки закапывают стерильной пипеткой по 1-2 капли 30% раствора альбуцида или свежеприготовленного 2% раствора азотнокислого серебра. Участки кожи, густо покрытые сыровидной смазкой, обрабатывают ватным тампоном, пропитанным стерильным вазелиновым или подсолнечным маслом.

Состояние родильницы в первые два часа после родов:

Общее состояние удовлетворительное, голова не кружится и не болит, зрение ясное, кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Пульс - 76 в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Целостность тканей мягких родовых путей сохранена, кровотечения нет.

Прогноз течения послеродового периода:

Учитывая нормальное течение родов и раннего послеродового периода (в первые 2 часа), отсутствие осложнений в этих периодах, и рождение здорового ребенка, родильницу следует считать практически здоровой, однако она нуждается в особом режиме, который создаст условия для правильной инволюции половых органов, заживлению микротравм и нормализации функции всех органов и систем. Основными моментами этого режима являются профилактика инфекционных заболеваний (соблюдение ассептики, антисептики, туалет наружных половых органов, антибиотикотерапия), постоянный контроль состояния жизненно-важных органов и систем организма, правильное питание, уход за родильницей и др. Только при соблюдении всех этих моментов возможно скорейшее восстановление организма родильницы и сохранения ее здоровья. Назначения:

1. Стол №15

. Туалет наружных половых органов

. Tab. Analgini 0,5 при болях

. Oxytocini 1,0 ml x 2 раз в день

. Анализы крови и мочи

На основании данных полученных во время родов и раннего послеродового периода ставлю заключительный диагноз: 1-ая беременность, 40 недель, затылочное предлежание, первая позиция, передний вид, крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.

Развернутый эпикриз:

Ф.И.О., 1986-го года рождения поступила в родильный дом № 5, 11-го марта 2013-го года в 9 часов 10 минут с жалобами на периодические боли внизу живота,отеки на нижних конечностях. На основании жалоб, данных анамнеза, общего осмотра, наружного акушерского исследования, влагалищного исследования был поставлен предварительный диагноз: 1-ая беременность, 40 неделя, затылочное предлежание, первая позиция, передний вид, крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.

На основании диагноза была выбрана тактика консервативного ведения родов.

В I-ом периоде родов в условиях предродовой комнаты проводилось активное наблюдение за состоянием роженицы и плода, проведено обезболивание по показаниям, влагалищное исследование по показаниям (излитие околоплодных вод).

Во II-ом периоде наблюдение за состоянием роженицы и плода было усилено, проводилось оказание акушерского пособия по защите промежности, профилактика кровотечения и внутриутробной гипоксии плода. Родился живой мальчик без видимых пороков развития, весом 3737г, ростом - 52 см. Произведен осмотр мягких тканей родовых путей.

В III-ем периоде продолжалось активное выжидательное наблюдение за роженицей, с целью своевременного выявления признаков кровотечения, задержки отделения плаценты и рождения последа, и оказания соответствующего акушерского пособия. Произведен осмотр мягких тканей родовых путей.

В течении первых двух часов послеродового периода родильница находилась под тщательным наблюдением врача с целью своевременного выявления осложнений и оказания соответствующих профилактических и терапевтических мероприятий. Произведен осмотр мягких тканей родовых путей.

На основании данных полученных во время родов и раннего послеродового периода был поставлен заключительный диагноз: 1-ая беременность, 40 недель, затылочное предлежание, первая позиция, передний вид, крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.

На данный момент родильница практически здорова.

После выписки рекомендуется наблюдение у врача женской консультации.