ВОРОНЕЖСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им. Н.Н. БУРДЕНКО

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ №2

Зав. Кафедрой: проф. Бычков В. И.

Преподаватель К.М.Н: Киселева Е.В.

ИСТОРИЯ РОДОВ

Фамилия, имя, отчество роженицы

Диагноз

Роды I срочные, осложненные разрывом слизистой влагалища. Мукозораффия

Куратор: студентка 4 курса 7 группы

Стручалина М.М.

I . Паспортная часть

. ФИО

. 21 год

. Продавец-консультант

. Продавец-консультант, магазин Ле-Туаль, галерея Чижова, ул. Кольцовская

. Стаж работы 3 года

. Посещала женскую консультацию 4 раза.

. Физиопсихопрофилактическая подготовка: посещала 5 занятий.

II. Анамнез

А. Акушерский анамнез

Менструации начались в 13 лет, цикл установился сразу. Продолжительность 5 дней, цикл 28 дней, кровопотеря умеренная, менструации безболезненные, но сопровождаются общим недомоганием пациентки. Начало половой жизни с 17 лет. Брак не зарегистрирован. Настоящая беременность первая. Последняя менструация с 3, по 8 декабря 2009 года. Первый раз явилась в консультацию 22 декабря, при сроке беременности 3 недели. Первая половина беременности была осложнена ранним гестозом (сопровождалась слабой рвотой в первые две недели, медикаментозно не лечилась). Вторая половина беременности прошла без осложнений. Общая прибавка в весе 10 кг. Декретный отпуск выдан 30 декабря 2010 года. Симптомов угрожающего выкидыша или преждевременных родов нет.

Предполагаемый срок родов:

По менструации: 10 сентября 2010 г.

По первому шевелению плода: 13 сентября 2010 г.

По первой явке в консультацию: 11 сентября 2010 г.

По декретному отпуску: 10 сентября.

В. Анамнез жизни

Родилась в г. Воронеже в семье рабочих, была первым ребенком в семье. Вскармливалась грудью. Ходить начала в год. От сверстников в развитии не отставала. Работать начала в 18 лет, продавцом консультантом. Образование среднее Профессиональные вредности отрицает.

Перенесенные ранее заболевания и повреждения: вирусный гепатит, болезнь Боткина, ВИЧ, ЗППП и туберкулез отрицает у себя и у своих близких.

Материальные условия в детстве и в настоящее время удовлетворительные. Питание регулярное, постоянное. Многоплодие у близких родственников отрицает. В течение настоящей беременности не болела.

III. Объективное исследование

Общее состояние беременной: вид возбужденный, рост 170 см, вес 80 кг, температура 36.8. Конституция нормостеническая. Цвет кожных покровов розовый. Пупок сглажен. Подкожная клетчатка расположена равномерно. Отеков варикозно-расширенных вен нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, плотно-эластичные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные, кожа над ними не изменена. Мышечная система: развита удовлетворительно, тонус сохранен, сила мышц достаточна, болезненность при пальпации и активных движениях отсутствует. Костно-суставной аппарат: развит пропорционально, подвижность в суставах при активных и пассивных движениях сохранена в полном объеме. Система органов дыхания:

Форма грудной клетки правильная.

Границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница легких: | Справа | Слева |
| Высота стояния верхушек сзади | На уровне СVII | На уровне СVII |
| Высота стояния верхушек спереди | 4 см | 4 см |
| Ширина полей Кренига | 7,5 см | 7,5 см |
| Нижняя граница легких: |  |  |
| По окологрудинной линии  | Верхний край VI ребра | Не определяется  |
| По среднеключичной линии  | Нижний край VI ребра | Не определяется |
| По передней подмышечной линии | VII ребро | VII ребро |
| По средней подмышечной линии | VIII ребро  | VIII ребро  |
| По задней подмышечной линии | IX ребро | IX ребро |
| По лопаточной линии  | X ребро | X ребро |
| По околопозвоночной линии  | XI ребро | XI ребро |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легких:  |  |  |
| Вдох  | 5 см | 5 см |
| Выдох  | 3 см | 3 см |

Дыхание смешанного типа, ЧДД 16/мин., губокое, ритмичное. Движение обеих половин грудной клетки во время дыхания равномерное, симметричное.

При пальпации грудной клетки болезненность и крепитация ребер не отмечается.

Голосовое дрожание не изменено, в симметричных областях грудной клетки одинаково.

Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук.

Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Хрипы, крепитация и шум трения плевры не выслушиваются.

Сердечно-сосудистая система:

Положение больной активное. Цианоза нет. Видимой пульсации сосудов, набухание вен шеи, грудной стенки нет. Артерии плотные, извитые, без патологических изменений. Пульс ритмичный, наполненный, напряженный, ЧСС 76 уд/мин. Артериальное давление 130/80 мм рт.ст.

Осмотр области сердца: сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок локализованный, шириной 2 см.

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая граница | Верхняя граница | Левая граница |
| На 1 см от правой грудинной линии | На уровне III межреберья  | На 1 см от левой среднеключичной линии |

Аускультация сердца: тоны приглушены, ритмичные. Шумы не выслушиваются.

Органы пищеварения: полость рта читая, слизистая оболочка десен, языка, миндалин без особенностей.

Край печени не пальпируется. Стул нормальной консистенции,два раза в сутки. Мочеиспускание регулярное, цвет мочи соломенно-желтый.

Молочные железы увеличены, без инфильтратов, соски эректильные, область ареол и белая линия живота пигментированы.

. Размеры таза. spinarum - расстояние между передними верхними остями подвздошных костей, норма-25-26 см. У роженицы - 27 см. cristarum - расстояние между наиболее отдаленными

точками гребней подвздошных костей, норма-28-29 см. У роженицы - 29 см. trochanterica - расстояние между большими вертелами

бедренных костей, норма-30-31 см. У роженицы - 32,5 см. externa - прямой размер таза, от середины

верхненаружного края лобкового симфиза до надкрестцовой ямки, норма-20-21 см. У роженицы - 21 см

C. diagonalis - 13

C. vera - 11

Ромб Михаэлиса правильной формы, симметричный, вертикальный размер - 14 см, горизонтальный - 13,5 см. Косвенно свидетельствует об анатомически нормальном тазе.

Индекс Соловьева - окружность лучезапястного сустава,

позволяющая судить о толщине костей таза, в норме-14 см и меньше. У роженицы - 15 см.

Окружность живота - 90 см.

Высота дна матки над лоном - 36 см.

Положение плода: продольное, вторая позиции, передний вид.

Наружное акушерское обследование. Приемы Леопольда-Левитцкого.

1-й прием - в дне матки определяется тазовый конец плода (крупная, но менее плотная и менее округлая часть, чем головка) положение плода продольное (продольная ось плода соответствует длиннику матки);

-й прием - определяется вторая позиция (спинка в виде равномерной площадки справа, а конечности слева в виде небольших выступов, часто меняющих положение), передний вид позиции (спинка обращена к передней стенке матки);

-й прием - определяется головное предлежание (головка прощупывается в виде плотной округлой части, имеющей отчетливые контуры), определяется незначительное баллотирование;

-й прием - над входом в малый таз располагается головка в согнутом положении, отмечается незначительное ее баллотирование.

Предполагаемая масса плода - 3200 гр.

Сердцебиение плода: ясное, ритмичное, 140 уд/мин,

выслушивается справа, ниже пупка.

Начало схваток 11 сентября в 23 часа. В 4 час 40 мин начали подтекать светлые околоплодные воды, В 14.00 начались потуги.

IV. Лабораторные данные

Результаты лабораторного и специальных методов исследования больной:

. Общий анализ крови от 1.09.11г.:

эритроциты 4,5х1012/л, 155 г/л,

тромбоциты 270х 109/л

лейкоциты 7,5х109/л,

сегментоядерные нейтрофилы 61%,

палочкоядерные 1%

эозинофилы 5%

лимфоциты 32%

моноциты 1%

СОЭ 22 мм/час.

начало свёртывания 31 0011, конец 31 3011.

. Определение группы крови и резус-фактора от 2.09.11г.:

(I), Rh+.

. Определение реакции Вассермана (сифилис) от 2.09.11г.:

отрицательная.

. Биохимический анализ крови от 1.12.03г.:

остаточный азот 34,4 ммоль/л,

билирубин общий - 14,7ммоль/л,

билирубин прямой - 1,0 ммоль/л,

билирубин непрямой - 13,7 ммоль/л,

мочевина 9,1 ммоль/л,

протромбин 0,67

фибриноген 4,13 г/л.

глюкоза 5 ммоль/л.

Допустимая кровопотеря 400 мл.. Диагноз и его обоснование

Роды первые, срочные.

Период раскрытия.

Предполагаемый вес плода.

По Рудакову: Длина Плода умножается на ширину плода: 50 см на 20 см = 1000 (индекс) Смотрим по таблице, предполагаемый вес = 3 кг 85 г.

VI. План проведение родов

1. Роды вести консервативным путем

. Проводить профилактику гипоксии плода

. Проводить биомониторинг плода:

-й период родов - необходимо проводить контроль за общим состоянием роженицы, оценку сократительной способности матки, тонуса матки, характером родовой деятельности. Проведение наружного акушерского исследования каждые 4 часа.

-й период родов - наблюдение за общим состоянием роженицы, контроль за поступательным движением головки, оказание ручного пособия, защита промежности, при необходимости - перинео- или эпизиотомия. Профилактика кровотечения.

-й период родов - наблюдение за родильницей, контроль отделения последа, профилактика кровотечения [полное опорожнение матки, проверка целостности стенок матки, при необходимости введение утеротоников (окситоцин или метилэргометрин)].

Прогноз родов для матери и плода благоприятный.

VII. Клиническое течение родов

период родов (период раскрытия). У первородящих он продолжается 10-11 ч.а у повторнородящих 6-7 ч. Признаками начала I периода являются регулярные схватки, приводящие к структурно-морфологическим изменениям шейки матки (укорочение, сглаживание, раскрытие).

В начале периода раскрытия схватки становятся регулярными, хотя все еще относительно редкими (через 15 мин), слабыми и короткими (15-20 с по пальпаторной оценке). Регулярный характер схваток в сочетании со структурными изменениями шейки матки дает возможность отличить начало I периода родов от прелиминарного периода.

во время I периода родов выделяют три фазы.фаза (латентная) начинается с регулярных схваток и продолжается до 4 см раскрытия маточного зева. Она длится от 5 ч у повторнородящих до 6,5 ч у первородящих. Скорость раскрытия шейки матки 0,35 см/ч.фаза (активная) характеризуется усилением родовой деятельности. Она продолжается 1,5-3 ч. Раскрытие маточного зева прогрессирует от 4 до 8 см. Скорость раскрытия шейки матки 1,5-2 см/ч у первородящих и 2-2,5 см/ч у повторнородящих.фаза характеризуется некоторым замедлением, продолжается 1-2 ч и заканчивается полным раскрытием маточного зева. Скорость раскрытия шейки матки 1-1,5 см/ч.

Механизм родов:

момент - сгибание головки. В конце периода раскрытия головка стоит во входе таза так, что стреловидный шов располагается в поперечном или косом размере таза. В период 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

момент - внутренний поворот головки затылком кпереди. Головка совершает движения вперед (опускается) и одновременный поворот вокруг продольной оси. При этом затылок и малый родничок поворачиваются кпереди, а лоб и большой родничок - кзади. Стреловидный шов, находящийся в поперечном или косом размере входа в таз, постепенно меняет положение. Когда головка опускается в полость таза, стреловидный шов переходит в косой размер. В выходе таза стреловидный шов устанавливается в прямом размере

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. Под влиянием этих 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 головка разгибается. При разгибании из половой щели последовательно появляются теменная область, лоб, лицо, то есть рождается головка

момент - внутренний поворот туловища и наружный поворот головки. Плечики своим поперечным размером вступают в поперечный или 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). После рождения плечевого пояса происходит рождение остальных частей плода.

Во время схваток все более отчетливо определяется контракционное (пограничное) кольцо - граница между сокращающимся верхним сегментом и активно расслабляющимся нижним сегментом.

При полном или близком к полному раскрытии маточного зева плодный пузырь остается постоянно напряженным как во время схваток, так и в паузах между ними. На высоте одной из схваток плодный пузырь разрывается и изливаются передние воды в количестве 100-200 мл.период родов

Начинается после полного раскрытия наружного и внутреннего зева. Под влиянием все усиливающихся схваток и потуг Головка плода проходит через родовой канал и опускается на тазбвое дно. В это время начинают рефлекторно сокращаться мышцы тазового дна. Сила сокращения мышц увеличивается по мере усиления давления на них предлежащей части. Если предлежащая часть находится на тазовом дне, у роженицы появляется непреодолимое желание тужиться. Для усиления действия мышц брюшного пресса она ищет опоры для рук и ног. Лицо роженицы во время потуг становится багрово-красным, шейные вены вздуваются, тело покрывается потом. Пульс учащается, артериальное давление несколько повышается При дальнейших поступательных движениях головки (или тазового конца) во время потуг начинает выпячиваться промежность, зиять заднепроходное отверстие и раскрываться половая щель. Через некоторое время эти изменения остаются и в паузах между потугами. На высоте одной из потуг из зияющей половой щели появляется нижний полюс головки, который скрывается в половой щели после окончания потуги. При новой потуге весь процесс вновь повторяется. Появление головки из половой щели только во время потуг называется врезыванием головки. Оно свидетельствует об окончании внутреннего поворота головки, которая устанавливается в плоскости выхода из малого таза; идет образование точки фиксации. При дальнейшем течении родового акта головка плода оказывается настолько глубоко врезавшейся в половую щель, что остается там вне потуги. Такое положение головки свидетельствует об образовании точки фиксации (подзатылочная ямка при переднем виде затылочного вставления. Вначале прорезывается (рождается) затылочная область плода. Затем в половой щели устанавливаются теменные бугры. Напряжение промежности в это время достигает максимума. Наступает самый болезненный, хотя и кратковременный момент родов. После рождения теменных бугров через половую щель проходит лоб и личико плода. На этом заканчивается рождение головки плода. После рождения головка совершает наружный поворот соответственно биомеханизму родов. При первой позиции личико поворачивается к правому бедру матери, при второй позиции - к левому. После наружного поворота головки переднее плечико задерживается у, рождается заднее плечико, затем весь плечевой пояс и все туловище плода вместе с изливающимися из матки задними водами. Задние воды могут содержать частицы сыровидной смазки, иногда примесь крови из небольших разрывов мягких тканей родовых путей.

Новорожденный начинает дышать, громко кричать, активно двигать конечностями. Кожа его быстро розовеет.период родов.(последовый) является самым коротким.

У роженицы появляются потуги, и послед рождается.

Течение родов:

. Период раскрытия. Схватки начались 11.09.10 г. в 23 час.00 мин. 12.04 в 00час.05 мин слабые схватки через 25-30 мин по 10-15 сек., шейка матки сглажена, края ригидные, раскрытие-3 см, головка предлежит ко входу в малый таз. В 4 час 40 мин начали подтекать светлые околоплодные воды, родовой деятельности нет, матка возбудима, головка плода прилежит ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края маточного зева стали более растяжимыми, открытие-4 см, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в малом косом размере. Мыс не достигается. Подтекают околоплодные воды, светлые, в незначительном количестве. С 5 час 30 мин схватки через 7-8 мин по 20-25 сек. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 140 уд/мин. Продолжают подтекать светлые околоплодные воды. В 8час 00 мин динамики родовой деятельности нет. В 10 час 00 мин ситуация та же. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края растяжимые, раскрытие зева матки - 6-7 см, головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок у лона, мыс не достигается. Выделяются светлые околоплодные воды. С целью усиления родовых сил начато в/в капельное введение 5 ЕД окситоцина в 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия. В мышцу введено: раствор глюкозы 40%-20,0 и кокарбоксилаза-100,0. В 12.00 усиление родовой деятельности, схватки через 4-5 мин по 30 сек. Головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 130 уд/мин. Продолжается в/в ведение окситоцина. В/м введено 5,0 спазгана.

. Период изгнания:

В 14.00 начались потуги, повторяются через 3-4 мин по 40-45 сек, головка плода на тазовом дне, сердцебиение приглушено, ритмичное, 110 уд/мин. Женщина из предродовой переведена в родовой зал, продолжается введение окситоцина - 20 кап/мин. 14.45 - головка плода врезывается, сердцебиение приглушено, ритмичное, 110 уд/мин. Потуги через 3-4 мин по 40-45 сек. В 14 час 30 мин родилась живая доношенная девочка, родилась в головном предлежании, 2 позиции, переднем виде, массой 3 кг 500 г, длиной 53 см, родовая опухоль расположена на малом родничке. Во время врезывании головки проводилась эпизиотомия. Оценка по шкале Апгар сразу при рождении: 7 баллов. Проводилась обработка глаз и влагалища 30% альбуцином (по 1 капле)

. Послеродовый период:

Через 5 мин самостоятельно отделилась и родилась плацента, дольки целые, оболочки все.

Кровопотеря в родах - 400 мл

Данные осмотра родовых путей:

Родовые пути осмотрены в зеркалах. Проведена эпизиорпффия, рассасывающимся шовным материалом (кетгут). Течение раннего послеродового периода:

состояние удовлетворительное, t=36,7, ps=68 уд/мин, АД=120/80 мм рт ст, жалоб нет. Матка в тонусе, выделение кровянистые умеренные.

Состояние новорожденного в первые 2 часа после рождения: ребенок передан врачу-неонатологу сразу после рождения.

Резюме родов

ФИО, поступила 11.04.2011 г.

Роды первые, срочные, осложнились разрывом слизистой влагалища.

Продолжительность родов:

период раскрытия - 15 час

период изгнания - 30 мин

послеродовый период - 5 мин

Кровопотеря 400 мл.

Родилась девочка массой 3 кг.500.

. Послеродовый период. Дневник

.12.96 г. в 15.00 t=36,8, ps=68 уд/мин, АД=120/80 мм рт

ст.Состояние родильницы удовлетворительное, жалоб нет. Матка плотная, кровянистые выделения умеренные. В 16.30 переведена в послеродовое отделение. Молочные железы увеличены, мягкие, безболезненные, соски без трещин. Назначение: стол N 15, туалет наружных половых органов, анализ крови.

.09.11 г. t=36,7, ps=68 уд/мин, АД=120/80 мм рт ст. Состояние

удовлетворительное, жалоб нет, отеков нет, мочеиспускание свободное, безболезненное. Сон не нарушен. Молочные железы мягкие, увеличены, соски без трещин. Назначение: стол N 15, анализ мочи.

.09.11 г. t=36,7, ps=72 уд/мин, АД=120/80 мм рт ст. Жалоб нет.

Состояние удовлетворительное, физиологические отправления в норме. Сон не нарушен. Молочные железы увеличенные, мягкие, соски без трещин. Назначение: стол N 15.

. Эпикриз

. ФИО, 21 год, поступила 11.09.2011г.

. Течение родов с осложнением (разрыв слизистой влагалища). Длительность 15 часов 35 минут. Кровопотеря 40 мл.

. Состояние новорожденного удовлетворительное, вес 3 кг. 500. Послеродовый период - 6 койко дней. Длительность декрета 1 год.

роды диагноз роженица

X. Советы при выписке

Личная гигиена родильницы:

Рекомендуется ежедневный душ и смена белья (рубашка, бюстгальтер). Смена постельного белья - 1 раз в 3 дня. Требуется мыть руки перед едой, перед кормлением, после туалета. Подмываться после туалета с детским мылом. Необходимо производить туалет наружных половых органов не реже 2-х раз в сутки.

Каждый раз после кормления следует сцедить несколько капель молока и обмывать грудь теплой водой с мылом (вначале сосок, затем всю железу). После обсушивают грудь стерильной ватой или марлей.

Половой режим:

половую жизнь при нормально протекающем послеродовом периоде можно возобновить не ранее чем через 8 недель после родов,

Диетика родильницы:

Питание должно быть высококалорийным, как и во время беременности, с теми же требованиями. Рекомендуется: кисломолочные продукты, хлебобулочные изделия, каши (манная, гречневая, рисовая и др.), кисели, сладкий чай, кофе с молоком, сливочное масло, яйца, фрукты, ягоды и овощи.

Следует исключить: алкоголь, консервы, острые блюда, трудноперевариваемая пища (жирное мясо, горох), шоколад, какао, цитрусовые.

Пупочную ранку вначале обрабатывают 3% раствором перекиси водорода, 70% спиртом и затем 5% раствором марганцовокислого калия, при этом используют стерильный материал (ватные и марлевые тампоны, салфетки). Обработку проводят строго от центра к периферии.