**Паспортная часть.**

Ф.И.О:………….

Возраст- 26 лет.

Профессия: уборщица УТМ.

Национальность: татарка

Образование неполное среднее

Замужем:………., 30 лет, не работает

Место жительства:…………………...

Поступила: 10.04.02 в 13.00

Направила: женская консультация ГБ № 7

Первая явка 11 – 12 нед.

Диагноз при поступлении: Беременность 36-37 недель, угроза прерывания беременности, многоводие, водянка, тазовое предлежание.

**Жалобы на момент курации:** отеки на ногах, чувство тяжести в животе.

# **ANAMNESIS VITAE**

Дата рождения: 21.07.1977 года рождения. Развитие и состояние здоровья в раннем возрасте: нормальное. Начало самостоятельной трудовой жизни: 16 лет. Трудовой анамнез с учетом условий труда: не осложнен.

Условия жизни:

а) материальная обеспеченность: удовлетворительная

б) условия питания: удовлетворительные

в) использование отдыха: неполноценное.

Привычные интоксикации: курение.

Профессиональные вредности: хлор и тяжести.

Перенесенные заболевания, операции, травмы: аппендектомия в 1990, хр. бронхит, киста яичника.

Родители матери больной страдали гипертонической болезнью. У матери больной также имеется гипертоническая болезнь, протекающая в тяжелой форме (с кризами). Сахарным диабетом, туберкулезом, онкологическими заболеваниями, пороками развития никто из ближайших родственников не страдает.

Наличие аллергических заболеваний у нее и ее родственников: нет.

Гемотрансфузий не было.

Муж со слов здоров.

**Гинекологический анамнез:**

Менструация с 13 лет, через 28 дней, 5-6 дней.

Начало половой жизни с 17 лет.

Гинекологические заболевания: кольпит.

Контрацептивами не пользуется.

**Акушерский анамнез:**

1 беременность – 1995 м/а

2 беременность – 1997 м/а

3 беременность – настоящая

**Течение настоящей беременности:**

9 нед. – угроза, абсцедирующий фурункул правой ягодичной области (леч. стационар);

12 нед. – угроза прерывания (амбулат. лечение);

15 нед. – ОРВИ, о. трахеит;

22 нед. – диффузный колит, ППВ;

25 нед. – водянка, протеинурия;

27-28 нед. – многоводие;

29-30 нед. – анемия железодефицитная 1 степени ( стационар);

34-35 нед. – поздний гестоз, анемия (днев. стационар);

36-37 нед. – угроза преждеврем. родов, водянка.

Срок беременности:

По менструации: 8.05.: 36-37 нед. (последняя 1.08.01)

По первой явке: 17.05.: 24-35 нед.

По последнему УЗИ: 36-37 нед.

По шевелению плода: 37 нед.

Предполагаемый вес плода: 3700

Допустимая кровопотеря: 400,0

## STATUS PRAESENS

Общее состояние: удовлетворительное. Положение в постели: активное. Сознание: ясное.

Телосложение: правильное, нормостеническое.

а) Рост: 162

б) Вес: 89, 9 кг (78 кг)

в) Питание: удовлетворительное

Кожные покровы: чистые, сухие, окраска бледная. Видимые слизистые: чистые. Подкожная клетчатка: хорошо развита. Отеки наблюдаются на в области стоп и голеней на ногах. Лимфоузлы, щитовидная железа: не увеличены. Мышечная система: достаточно развита. Костно-суставная система: видимой патологии не обнаружено. Молочные железы без патологии.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Дыхание через нос: свободное. Миндалины: чистые, не увеличенные. Перкуторно: звук ясный легочный. Аускультативно: Дыхание везикулярное ослабленное, хрипы отсутствуют. Голосовое дрожание не изменено.

Осмотр грудной клетки

форма: нормостеническая

положение лопаток, ключиц на одном уровне

состояние позвоночника: без видимой патологии

выраженность над- и подключичных ямок: плохо

направление хода ребер: умеренно косой

состояние межреберных промежутков: около пальца

эпигастральный угол: примерно 96-100

тип дыхания: смешанный

дыхание симметрично с обеих сторон

дыхание глубокое 19 в минуту

перкуторный звук одинаков на симметричных участках

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Осмотр: область сердца без видимой патологии. Пульсация шейных сосудов отсутствует

Эпигастральная пульсация: отсутствует. Систолическое и диастолическое дрожание: отсутствует. Верхушечный толчок в V межреберье по L.Medioclavicularis

АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА

Ритм сердца: правильный, тоны сердца не изменены.

Артериальное давление: 120/70 mm.рт.ст. на левой и правой руке.

Пульс: 74 ударов в минуту

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Язык обычных размеров, чистый, влажный , сосочки хорошо выражены. Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, пупок втянут, обе половины живота симметрично участвуют в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный Расхождения прямых мышц живота нет. Никаких образований нет. Стул в норме.

Печень не пальпировалась. Размер печени по Курлову: не проводилось. Желчный пузырь и селезенка не пальпировались.

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Поясничная область не изменена. Почки не пальпируются.

Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

**Акушерский статус:**

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий б/болезненный, окружность живота 112 см, высота дна матки 36 см. Матка напряжена, тугоэластичная, флюктуации нет. Положение плода продольное, плод находится в первой позиции, передний вид, предлежание плода тазовое (чистое ягодичное), ягодичная область находится над входом в малый таз; на дне матки располагается головка (приемы Леопольда). Сердечные тоны плода приглушены, ритмичные, 148 уд/мин.

Размеры таза:

Distantia spinarum - 25

Distantia cristarum - 28

Distantia trochanterica - 31

Conjugata externa - 21

Conjugata diagonalis - 13

Conjugata vera - 10,5

Индекс Соловьева - 15,5 см

Ромб Михаэлиса: поперечный размер 10 см, продольный 10,5 см.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Промежность нормальной высоты. Перегородки во влагалище нет, стриктур и рубцовых изменений нет. Выделения – бели.

Шейка матки укорочена до 1.5 см, имеет признаки размягчения по периферии, расположена по оси малого таза, цервикальный канал пропускает 2 пальца.

**Предварительный диагноз:** 3 беременность, первые роды, 36-37 неделя беременности, угроза преждевременных родов, тазовое предлежание, многоводие, водянка беременной 1 степени.

**План ведения беременности:**

Госпитализация больной. Подготовка к родам в связи водяной беременности, тазовом предлежании.

Необходимо провести следующие обследования: ОАК, ОАМ, ЭКГ, амниоскопия, УЗИ, биохимия крови, кардиотокография плода, остальные по ходу обследования (если возникнут какие-нибудь патологические изменения).

### Анализ крови (11.04): **гр. А (II) +**

#### Эритроциты: 3,7 \* 1012

##### Гемоглобин: 111 г/л

Цвет. показат.: 0,94

Пластинки Биц-Цоцеро: 236 \* 1012  (250-400)

Лейкоциты: 6,5\*1012/л

Эозинофилы: 1

Палочкоядерные: 9 (4)

Сегментоядерные: 52 (63)

Лимфоциты: 32 (23)

Моноциты: 6

СОЭ: 30 мм/ч

Свертываемость крови 4’30”

### Анализ мочи

Цвет: соломенный

Прозрачная

Реакция кислая

Удельный вес: м/м

Белок: 0,56 г/л

Лейкоциты: 1-2

Эпит. плоский: ед.

Соли: оксалаты

Биохимия крови:

Билирубин общий: 5,5

Сахар: 4,2

Мочевина: 4,3

Общий белок: 65,0

Коагулограмма:

ПТИ: 112%

АПТВ: 33с

АВР: 42с

Фибриноген: 3,5 г/л

Этаноловый тест – отрицательный

Фибринолиз: 13 мин

Тромбоциты: 382 \* 109 /л (повышено)

Анализ мазка:

Уретра:

Плоский эпителий: не обнаружен

Лейкоциты: 5 \*1012

Флора палочки не обнаружена.

Шейка матки:

Плоский эпителий не обнаружен

Лейкоциты: 0-3

Флора: палочки не обнаружены

ЭКГ: синусовая тахикардия, нарушен процесс метаболизма в сердечной мышце.

Кардиотокография:

Базальная ЧССП: 143 (2) уд/мин

Амплитуда осцилляции ЧССП: 28 (1) уд/мин

Частота осцилляции ЧССП: 5 (1) ед/мин

Акцелерация: 3 (1)

Децелерация: 8 (2)

Оценка Фишера: 7 (2)

Оценка СДМ: 7

**Этиопатагенез акушерских осложнений:**

Многоводие характеризуется избыточным накоплением в амниотической полости околоплодных вод (в норме от 0,5 до 1 л, при патологии 3-5л). Причиной может быть аномалии развития плодного яйца. Непосредственной причиной возникновения многоводия является нарушение функции амниона. Накоплению вод могут способствовать как избыточная продукция вод амниотическим эпителием, так и замедление процесса выведения вод. Многоводие – это заболевание амниона, характеризующееся нарушением его секреторной и всасывающей (резорбционной) функции. Обычно многоводие начинает развиваться в середине или во второй половине беременности. При многоводии часто возникают поздние токсикозы беременности, тазовые предлежания.

Тазовые предлежания возникают при повышенной подвижности плода; снижение тонуса матки и возбудимости ее нервно-рецепторного аппарата. При этом снижается способность матки реагировать на движение плода сокращениями мускулатуры, которые корригируют положение плода в полости матки.

### Водянка беременной: накопление жидкости связано с нарушением водно-солевого обмена и повышением проницаемости капилляров. В тканях задерживаются хлористый натрий и жидкость, поступающая из сосудов, проницаемость которых повышена.

### **Дифдиагноз:** Тазовое предлежание определено при наружном исследовании (методы Леопольда), так же при помощи УЗИ. Многоводие: матка напряжена, тугоэластична, объем живота на уровне пупка больше 100 см (112), плод плохо прощупывается, сердечные тоны плода глухие. Водянка: отеки в области стоп и голеней, в моче белок 0,5 гр, патологии ССС, печени, почек не выявлено, АД в норме.

###### Окончательный диагноз: 3 беременность, первые роды, 36-37 нед. беременности, угроза преждевременных родов, многоводие, водянка беременной, тазовое предлежание (чисто ягодичное).

**План ведения родов:**

Процесс родов консервативный (самостоятельный), но так как ребенок в тазовом предлежании, могут перейти к оперативному родоразрешению. В первом периоде рекомендуется вскрыть напряженный пузырь при неполном раскрытии зева (на 3-4 см). Воды необходимо выпускать медленно, не извлекая руки из влагалища, чтобы предупредить выпадение пуповины или ручки. Во избежание быстрого излития вод оболочки пузыря лучше вскрыть не в центре, а сбоку, выше внутреннего зева. С этой же целью можно вскрыть напряженный плодный пузырь катетером. После излития вод объем матки уменьшается, ее стенки уплотняются и схватки нередко усиливаются. При слабости родовых сил назначают средства, усиливающие сократительную способность матки (окситоцин), спазмолитики (но-шпа, папаверин). Усиливают наблюдение за плодом, сердцебиение выслушивают и сосчитывают после каждой потуги. В период изгнания производят профилактику внутриутробной асфиксии (вдыхание кислорода, в/в глюкоза, аскорбиновая кислота, в/м коразол). С целью предупреждения спазма шейки матки рекомендуется ввести 1 мл 0,1 % раствора сульфата атропина и 1 мл 1 % раствора папаверина. С момента врезывания ягодиц роженицу укладывают так, чтобы ее таз находился на краю кровати. Для предупреждения запрокидывания ручек и разгибание головки применяют ручное пособие по Цовьянову: как только прорезались ягодицы, их захватывают руками таким образом, чтобы большие пальцы располагались на прижатых к животу ножках, а остальные пальцы обеих рук – вдоль крестца (такое расположение рук предупреждает преждевременное выпадение ножек, свисание туловища вниз). По мере рождения туловища плода руки врача продвигаются по направлению к половой щели роженицы, продолжая осторожно прижимать вытянутые ножки к животу большими пальцами, остальные пальцы рук перемещаются кверху по спине. Если ручки самостоятельно не рождаются, то не меняя положения рук, устанавливают плечевой пояс в прямом размере таза и отклоняют туловище плода кзади (книзу). При этом передняя ручка выходит из-под лобковой дуги. Затем туловище поднимают кпереди (кверху) и над промежностью рождается задняя ручка. Одновременно с задней ручкой выпадают ножки (пятки) плода. После этого в глубине половой щели появляются подбородок и рот плода. При сильных потугах головка рождается самостоятельно, при этом туловище направляют кверху. Так же можно провести эпизиотомию.

**Лечение:** для устранения водянки в пище ограничивают количество потребляемой жидкости (до 300-500 мл) и соль (3-4 г в сутки) с целью восстановления нормального водно-солевого баланса; устраивают «разгрузочные дни» раз в неделю, когда женщина получает творог с сахаром и яблоки. Так как отеки на ногах не сильно выражены, то пока не нужно назначать никаких лекарственных препаратов. У женщины нет выраженных расстройств кровообращения и дыхания, поэтому беременность сохраняют до физиологического завершения. Для профилактики железодефицитной анемии (она у нее была): таблетки сульфата железа + аскорбиновая кислота, тардиферон.

Дневник:

10.04.02

У больной жалоб нет, АД 120/70, пульс 76, ЧД 19, сердечные тоны плода глухие 125 в мин.

11.04.02

Жалоб нет, живот безболезненный, АД 120/70, пульс 73, ЧД 19, СТП глухие 130 в мин.

12.04.02

Жалоб нет, АД 120/70, пульс 78, ЧД 19, СТП глухие 120 в мин.

**Эпикриз:**

…………., 26 лет. Поступила 10.04.02. В отделении находится и сейчас. Ребенок еще не родился.