ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:

*Ф.И.О.:* …

*ВОЗРАСТ:* 23 года

*ДАТА РОЖДЕНИЯ:*

*МЕСТО РАБОТЫ:* не работает

*Социальный статус:* замужем

*ДОМАШНИЙ АДРЕСС:*

*ДАТА И ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР:*

*ВРЕМЯ КУРАЦИИ:*

*ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:*

Беременность 37-38 недель. Продольное положение, головное предлежание, первая позиция, передний вид позиции , ХФПН, стадия компенсации, без нарушения кровообращения.

Сопутствующая ЭГП: хронический пиелонефрит единственной левой почки, фаза ремиссии.

ЖАЛОБЫ:

на момент поступления в стационар и на момент курации жалоб не предъявляла.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

Родилась в 1984 году в семье из двух человек (в 1986 году родился младший брат). В семье благополучная обстановка, была материально обеспечена, питалась хорошо. В раннем детском возрасте развивалась нормально. В школе училась хорошо, занималась физкультурой, в развитии не отставала от сверстников.

Наследственный анамнез не отягощен. Кровь не переливалась. Наличие перенесенного гепатита, желтухи, туберкулеза и венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Рахитом не болела. Курение, злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает.

Перенесенные заболевания: в 1987 году ветряная оспа, 1-2 раза год переносит ОРВИ, в 2000 году острый гнойный пиелонефрит правой почки, острый пиелонефрит левой почки.

Перенесенные операции: в 1993 году аппендэктомия, в 2000г нефрэктомия правой почки.

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ:

Первая менструация на 14-м году, установилась сразу. Продолжительность – 3 дня, умеренные, ритмичные, безболезненные, кровь жидкая, без сгустков. Периодичность – 28 дней. С началом половой жизни не произошло изменения менструальной функции.

ПОЛОВАЯ ФУНКЦИЯ:

В 2004 году впервые вышла замуж (в данном браке состоит до настоящего момента). Половая жизнь с 18 лет, регулярная. Использовала барьерную (презервативы) контрацепцию.

Муж – …, 27 лет. Наличие у мужа хронических и наследственных заболеваний не отмечает. Группа крови мужа III Rh”-“.

ДЕТОРОДНАЯ ФУНКЦИЯ:

Настоящая беременность третья, роды вторые. Первая беременность наступила в 2005 году, закончилась родами через естественные родовые пути на сороковой неделе. Послеродовый период без осложнений. Первый ребенок мальчик, вес при рождении 3900 гр, здоров, развивается соответственно возрастным нормам. Вторая беременность закончилась абортом (вакуум-экскохлеация) в срок 8 недель в январе 2007 года. Реабилитацию не проходила. Между второй и третьей беременностями контрацепцию не использовала.

Гинекологических заболеваний в анамнезе не выявлено.

Секреторная ФУНКЦИЯ:

Выделения из влагалища со слов беременной слизистые умеренные.

ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

Последняя менструация началась 3 октября 2007года, длительность – 3 дня. В женскую консультацию ЦГБ г. … впервые обратилась 15 ноября 2007 года (при 5-и недельном сроке беременности), встала на учет, далее – посещала женскую консультацию регулярно. Срок первого шевеления не помнит. В сроке 20 недель перенесла ОРЗ.

В течение беременности пациентка жалоб не предъявляла. Общее состояние организма оценивалось как удовлетворительное; нарушение ритма сна и бодрствования, ухудшение аппетита, наличие отеков, повышения артериального давления, головной боли отрицает.

В сроке 36 недель по результатам УЗИ выявлены признаки ХФПН

Общая прибавка веса за беременность – 12 кг (масса тела во второй половине беременности возрастала на 250-300 грамм в неделю). При госпитализации АД=110/70 мм рт.ст. на обеих руках (рабочее).

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Общее состояние – удовлетворительное. Сознание ясное, в обстановке, времени, собственной личности ориентирована. Активное положение в постели.

Тип телосложения нормостенический, осанка прямая, костно-мышечная система развита нормально, движения в суставах не затруднены. Походка обычная. Рост – 165см, вес – 77,5 кг. Питание полноценное, богато витаминами. Цвет кожных покровов в норме, отмечается незначительное пигментирование в области сосков и по белой линии живота. При пальпации теплая, безболезненная, нормальной влажности, тургор и эластичность в норме, температура тела в норме. В правой подвздошной области имеется рубец длинной 7 см, в правой поясничной области рубец длинной 8 см. Отеков нет. Ногти нормальной формы, ломкость не наблюдается. Слизистые оболочки розовые, сыпей и кровоизлияний нет. Оволосенение по женскому типу.

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре патологических пульсаций и выпячиваний в области сердца и крупных сосудов нет.

Верхушечный толчок разлитой, высота, сила и резистентность в норме, пальпируется в V межреберье 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Систолического и диастолического дрожания в области верхушки и на основании сердца нет.

*Исследование сосудов:* состояние вен и артерий в области шеи без изменений, патологической пульсации нет. При пальпации локтевой, лучевой, подмышечной, подключичной, сонной, бедренной, задней берцовой, тыльной артерии стопы отмечается пульсация.

Пульс синхронный на обеих руках, дефицита пульса нет, *ЧСС*=86 уд/мин, регулярный(p.regularis), полный(p.plenus), равномерный(p.aequalis), хорошего наполнения, твердый. АД на обеих руках – 110\70 мм. рт. ст.

Перкуссия области сердца:

*Границы относительной тупости сердца:* правая – на 1 см латеральнее правого края грудины в IV межреберье справа, левая – на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье слева, верхняя граница соответствует III межреберью.

*Границы абсолютной тупости сердца:* правая – по левому краю грудины в IV межреберье справа, левая – в V межреберье слева на 2см от среднеключичной линии, верхняя граница соответствует IV межреберью. Ширина сосудистого пучка 6 см. Длинник – 16см; поперечник – 13см

Аускультация сердца: тоны сердца ясные, сердечные шумы отсутствуют.

Система органов дыхания.

Дыхание через нос, свободное, ровное, 18 дыхательных движений в минуту. Отделяемого из носа нет. Голос тихий. Тип дыхания грудной. Деформации гортани, отклонения хода ее от срединной линии нет.

Грудная клетка симметричная, обе ее половины равномерно и активно участвуют в акте дыхания. При пальпации грудной клетки болезненности не обнаружено, деформаций нет. Межреберные промежутки выражены слабо, лопатки плотно прилегают к ребрам, положение ключиц симметрично. Резистентность в норме, голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.

При сравнительной перкуссии легких в девяти парных точках изменений не обнаружено, звук легочной.

При топографической перкуссии – высота стояния верхушек 3 см. Ширина полей Кренига 5 см.

Система органов пищеварения

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый, умеренно обложен белым налетом.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| о |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | о |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| о | о |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Пальпация: Живот мягкий, расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот, выпячиваний не обнаружено. В правой подвздошной области имеется рубец длинной 7 см, в правой поясничной области рубец длинной 8 см. Живот продольноовоидной формы. Печень и селезенка не пальпируются.

Аускультация: шум трения брюшины и систолический шум над аортой отсутствуют.

Органы мочевыделения

Осмотр: при осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Мочеиспускание свободное безболезненное, 3 - 4 раз в сутки.

Перкуссия: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

СПЕЦИАЛЬНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Форма живота продольноовоидная. Окружность живота - 101см. Высота стояния дна матки над лоном – 36см .

Размеры таза: d.spinarum – 27см,d.cristarum – 30см,d.trоchanterica – 33см, с.externa – 21см. Индекс Соловьева – 15 см. С.vera= с.externa (21см)-9=12см.

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

Наружные акушерские исследования приемами Леопольда-Левицкого:

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);

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

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

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

Сердцебиение плода: то неясные, ритмичные, 148уд/мин. Выслушивается на середине расстояния между лоном и пупком, несколько латеральнее белой линии живота слева. Это обусловлено продольным положением, первой позицией, передним видом позиции и головным предлежанием плода.

Предполагаемый вес плода:

метод Жордания: ВДМ \* ОЖ = Р

36 \* 101 =3636 гр.

Объем допустимой кровопотери: 77,500 \* 0,5/100 = 0,3875 л.

Объем циркулирующей крови: 77,5кг \* 65 мл = 5037,5 мл.

План проведения дополнительных методов исследования

1. Клинический анализ крови: количество эритроцитов, концентрация гемоглобина, цветовой показатель, количество ретикулоцитов и тромбоцитов (исключение анемии). Количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула + СОЭ (исключение воспалительных заболеваний).

2. Кровь на RW(исключить сифилис) + кровь на СПИД

3. Биохимическое исследование крови – АЛТ, АСТ, остаточный азот, креатинин, билирубин, мочевина (определение качества работы печени и почек)

4. Кровь на группу по АВО и Rh(выбор соответствующей по группам крови в случае необходимости гемотрансфузии).

5. Общий анализ мочи (подтверждение воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей).

 6.Анализ мочи по Зимницкому.

7. Анализ мочи по Нечипоренко.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

ЭКГ (определение состояния сердечной деятельности беременной)

УЗИ почки.

УЗИ плода (выявление отклонений в развитии плода и фетоплацентарного комплекса).

Доплерометрия (изучение активности кровотока в фетоплацентарном комплексе)

Кардиотахография плода (определение состояния сердечной деятельности плода)

КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ:

Уролог (рекомендации в связи с экстрагенитальной патологией ).

ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:

Диагноз: беременность 37-38 недель, продольное положение, головное предлежание, первая позиция, передний вид позиции, ХФПН, стадия компенсации, без нарушения кровообращения. Хронический пиелонефрит единственной левой почки, фаза ремиссии.

Беременность ставится на основании достоверных признаков беременности, данных наружного акушерского исследования. При пальпации живота наружными приемами Леопольда - Левицкого прощупываются части плода: спинка, головка, ягодицы, ножки, ручки. При аускультации сердца плода тоны ясные, ритмичные. При пальпации ощущаются активные шевеления плода.

Определение срока беременности и родов:

по последней менструации: последняя менструация началась 3 октября, от этой даты отсчитывают назад 3 календарных месяца и прибавляют 7 дней. Предполагаемый срок родов – 10.07.2008 г;

по дате последней овуляции (с учетом 28 дневного менструального цикла): первый день несостоявшейся менструации 1.11.07. отсчитываем назад 14 дней и получаем дату последней овуляции – 17.10.07., затем прибавляем 39 недель. Предполагаемый срок родов – 16.07.2008 г.;

по первому шевелению плода: первое шевеление плода не помнит.

по высоте стояния дна матки: ВДМ равна 36 см., что соответствует середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, окружность живота 101 см., отмечается незначительное баллотирование головки над входом в малый таз – все это является подтверждением поставленного срока гестации;

по мнению женщины предполагаемый срок родов – 10.07.2008 г.

На основании 1-ого акушерского приема (продольная ось плода соответствует длиннику матки); 2-го (по длиннику пальпируется спинка в виде равномерной площадки) определяется продольное положение плода.

На основании 1-ого акушерского приема (в дне матки определяется тазовый конец плода (крупная, но менее плотная и менее округлая часть, чем головка), 3-его (головка прощупывается в виде плотной округлой части, имеющей отчетливые контуры, определяется незначительное баллотирование) и 4-го (над входом в малый таз располагается головка в согнутом положении, отмечается незначительное ее баллотирование), определяется головное предлежание плода.

На основании 2-го приема определяется первая позиция (спинка в виде равномерной площадки слева, а конечности справа в виде небольших выступов, часто меняющих положение), передний вид позиции (спинка обращена к передней стенке матки).

ХФПН поставлена на основе присутствия перинатальных факторов риска (хронический пиелонефрит единственной левой почки), данных анамнеза (после 36недель внутриутробного развития плода на УЗИ выявлены признаки физиологического старения плаценты).Стадия компенсации ХФПН поставлена на основе: аускультации сердца плода: ЧСС составляет 148 уд/мин., тоны ясные, ритмичные - что является нормальным показателем, данных объективного исследования: высота стояния дна матки над лоном, окружность живота соответствуют сроку гестации, данных анамнеза: по УЗИ на 36 неделе стадия компенсации, без нарушения кровообращения. Следовательно, исключается синдром ЗВУР плода.

Хронический пиелонефрит единственной левой почки поставлен на основании данных анамнеза. Фаза ремиссии т. к. у пациентки отсутствую жалобы, отклонения при объективном исследовании.

ЛЕЧЕНИЕ:

1.Лечение ХФПН:

А) улучшение гемодинамики и микроциркуляции – гинипрал таблетки по 0,5 мг\*3раза в день.

Б) улучшение структуры и функции клеточных мембран – эссенциале по 1 капсуле 2 раза в день во время еды.

В) улучшение метаболизма – поливитаминный комплекс для беременных, пирацетам таблетки в дозе 0,4\*3 раза в день.

Г) оксигенотерапия – прогулки на свежем воздухе.

2.Профилактика рецидивов пиелонефрита:

А) соблюдение активного режима, принятие коленно-локтевого положения 4 раза в день по 20 минут, положения на здоровом боку

Б) отвар мочегонных трав

В) профилактический курс уросептиков

3.Подготовка к родам: спазмолитики - но- шпа 40 мг. два раза в день.

ПЛАН ВЕДЕНИЯ И ПРОГНОЗ РОДОВ:

1. Роды вести через естественные родовые пути на фоне спазмолитиков.

2. Профилактика гипоксии плода и аномалий родовой деятельности.

3. Биомониторинг плода

1-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, КТГ.

2-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.

3-й период родов – наблюдение за роженицей, 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.

**Список литературы:**

1. Бодяжин В.И. « Акушерство» 1995 г.

2. Савельевой Г.М «Акушерство» 2008

3. Лекции по акушерству.