**Паспортная часть:**

1. Ф.И.О.: ХХХ
2. Возраст: 23 года
3. Семейное положение: гражданский брак
4. Социальный статус: студентка
5. Образование: неоконченное высшее
6. Место учебы:
7. Домашний адрес: г.Кемерово
8. Дата поступления: 23.11.2010г., планово
9. Причина госпитализации: подготовка к родам.

**Жалобы на момент курации:**

На отеки, которые локализуются на руках и ногах;

на периодическое повышение АД, особенно при эмоциональных переживаниях (САД до 190 мм. рт. ст.);

на затруднение дыхания в горизонтальном положении.

Сон, аппетит, стул, диурез не нарушены.

**Течение настоящей беременности:**

Беременность первая, желанная. В женской консультации состоит на учете с 10 недель, посещение регулярное. В I и II триместре беременность, со слов пациентки, протекала хорошо. В III триместре (30-я неделя) появились периодические повышение АД и отеки на ногах и руках. За время беременности прибавила в весе примерно 20 кг. Дату первого шевеления плода указать затрудняется. УЗИ плода и плаценты проводилось 8 раз, в начале апреля было проведено первое УЗИ, где был поставлен срок 5 недель.

**Анамнез жизни:**

Родилась в полной семье, имеет брата. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. В школу пошла в 7 лет, окончила 11 классов. На данный момент учится в КемГМА на 4 курсе, не работает. Проживает в благоустроенной квартире с гражданским мужем. Питание нерегулярное, неполноценное.

Из заболеваний отмечает: НЦД по гипотоническому типу; хронический гастродуоденит; остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника; эрозия шейки матки. Употребление алкоголя, наркотиков отрицает. Вредных привычек не имеет.

Операции: кистэктомия правого яичника в 2007г.; операция по поводу геморрагической формы апоплексии в 2008г. После операций осложнений не отмечала.

Гемотрансфузионный анамнез: кровь и кровезаменители не переливали.

Аллергологический анамнез: аллергии на лекарственные средства и пищевые продукты нет.

Эпидемиологический анамнез: гепатиты В и С, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

Из наследственных заболеваний отмечает СД и ГБ у бабушки; рак грудины у дедушки.

Муж пациентки, с её слов, здоров.

**Акушерско-гинекологический анамнез:**

Менструации начались с 14 лет, не установились до настоящего момента, нерегулярные, умеренные, болезненные. Первый день последней менструации 1 марта 2010 года, со слов пациентки в срок.

Половой жизнью живет с 18 лет. Находится в гражданском браке. В течение примерно трех лет по поводу апоплексии употребляла гормональные пероральные контрацептивы («Жанин»).

Настоящая беременность первая. Из гинекологических заболеваний: эрозия шейки матки; киста правого яичника (кистэктомия 2007г.); апоплексия с 2006г. (операция 2008г.).

**Объективные данные:**

Общее состояние средней степени тяжести, положение активное. Сознание ясное, поведение спокойное. Нормостеник. Кожные покровы цвета загара, чистые, умеренно влажные. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Небольшая пастозность рук и ног. Лимфатические узлы не увеличены.

Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения и величины, ритмичный, частотой 72 удара в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 110/70 мм.рт.ст.(рабочее АД 100/60 мм.рт.ст.).

Дыхание через верхние дыхательные пути свободное. Инспираторная одышка слышимая на расстоянии. При сравнительной перкуссии легких слышен ясный легочной звук над всеми легочными полями, при аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 16 в минуту.

Язык чистый, влажный, розовой окраски, не обложен. При пальпации живот вне беременной матки мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание не нарушено, безболезненно. Стул не изменен.

Рост 176 см, вес до беременности 55 кг.

**Акушерский статус:**

Живот увеличен за счет беременной матки. При пальпации мягкий, безболезненный. Имеется пигментация по средней линии живота и в области пупка. Стрий беременности нет. Венозный рисунок выражен умеренно. Пупок не выпячивает.

Окружность живота на уровне пупка 99 см.

Высота стояния дна матки 32 см.

Окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева) 16,5 см.

Измерение таза:

1. Distantia spinarum 27 см

2. Distantia cristarum 32 см

3. Distantia trochanterica 35 см

4. Conjugata externa 25 см

5. Conjugata diagonalis 15 см

Ромб Михаелиса правильной формы, диагонали 10, 8 см.

Истинная конъюгата:

1. ИК=НК-10=25-10=15 см
2. ИК=ДК-2=15-2=13 см
3. ИК=10 см

Матка правильной овоидной формы, соответствует сроку гистации, с четкими ровными контурами, в нормальном тонусе, без выпячиваний. На пальпацию повышением тонуса не реагирует, болезненности при пальпации нет.

Приемы Леопольда-Левицкого:

1 прием: в дне матки определяется неправильной формы мягковатая часть плода, не баллотирует, предположительно тазовый конец.

2 прием: слева определяется мелкие части плода, предположительно ручки и ножки. Справа определяется плотная гладкая поверхность, предположительно спинка плода.

3 прием: во входе в малый таз определяется округлая плотная часть, баллотирует, предположительно головка плода.

Положение плода продольное, передний вид, головное предлежание, вторая позиция.

Сердцебиение приглушенное, ритмичное, с частотой 130 ударов в минуту, выслушивается ниже пупка слева.

Подсчет срока беременности:

1. по первому дню последней менструации:

01.03.+ 7 дней=37 недель.

2. по первому УЗИ:

Начало апреля – срок 5 недель, следовательно срок беременности 38 недель.

3. по шевелению плода:

Первое шевеление не помнит.

4. объективно по высоте стояния дна матки:

Срок беременности 38 недель.

5. по первой явке в женскую консультацию:

Первая явка была в 10 недель, следовательно срок беременности 38 недель.

Предположительная масса плода:

1. По Жорданиа: ПМП=ВДМ\*ОЖ=32\*99=3.168 г.
2. По Ланковицу:

ПМП=(ВДМ+ОЖ+m(ж)+рост(ж))\*10=(32+99+75+176)\*10=3.820 г.

1. По Джонсону: ПМП=(ВДМ-11)\*155=(32-11)\*155=3.255 г.

Средняя предположительная масса плода: (3.255+3.820+3.168):3=3.414 г.

**Клинический диагноз:**

Беременность 38 недель.

Положение плода продольное, передний вид, головное предлежание, вторая позиция.

Преэклампсия средней степени.

**План ведения беременности:**

1) Лабораторные методы исследования:

1. ОАК.

2. биохимия крови.

3. ОАМ.

4. проба Зимницкого.

5. проба Реберга.

6. белок суточной мочи.

7. КЩС.

8. мазок на флору из влагалища.

9. посев на флору из влагалища.

10. определение группы крови и резус-фактора.

2) Функциональные методы исследования:

1. ЭКГ.

2. УЗИ (плода, плаценты, почек)

3. допплерометрия.

4. КТГ плода.

3) Консультации специалистов: невролога, окулиста, терапевта.

4) Лечение гестоза:

1. Лечебно-охранительный режим (покой, диета, сон).

2. Диета: ограничение употребления жидкости и соли. Контроль суточного диуреза.

3. Седативные препараты (экстракт валерианы по 2 таб. 3 раза в день; пустырник).

4. Нормализация реологических и коагуляционных свойств крови: дезагреганты, трентал, курантил, аспирин.

5. Гипотензивные средства: антагонисты кальция, магния сульфат, верапамил, блокаторы и стимуляторы адренергических рецепторов (клофелин, атенолол), вазодилататоры (нитропруссид натрия, празозин, гидралазин), ганглиоблокаторы (бензогексоний, фентанил).

**Прогноз родов:**

Поскольку таз пациентки, размеры и положение плода не вызывают опасений, прогноз родов через естественные родовые пути не вызывает серьезных опасений. Однако, так как беременная первородящая, то для своевременной диагностики осложнений необходимо следить за моментом вставления головки и темпами ее продвижения по родовым путям, следить за силой родовой деятельности. Поскольку больная страдает поздним гестозом необходимо следить за АД беременной. При повышении АД проводить адекватную терапию.

**План ведения родов:**

Роды следует вести выжидательно через естественные родовые пути.

I период родов должен проводиться в специальной палате, изолированной от шума и затемненной, проводятся измерения АД.

Гипотензивные средства (10 мл 2,4% раствора эуфиллина с 40 мл 40% раствора глюкозы внутривенно, 0,5% раствор дибазола 4—6 мл внутримышечно, 2% раствор папаверина 2 мл внутримышечно, рауседил 1—2 мл внутримышечно).

Адекватное обезболивание (промедол, фентанил), перидуральная анестезия.

В первом периоде родов показано раннее вскрытие плодного пузыря (при раскрытии шейки матки на 5—6 см) с целью снижения внутриматочного давления.

Во II периоде родов внутривенно вводят ганглиоблокаторы капельно - управляемая нормотония (имехин, пентамин). В зависимости от состояния плода и матери второй период должен быть укорочен перинеотомией или наложением выходных или полостных акушерских щипцов.

Управляемая гипотония показана преимущественно во II и III периодах родов.

В III периоде родов проводят мероприятия по профилактике гипотонического кровотечения.