ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

Ф.И.О.: …

Возраст: 20 лет.

Дата рождения:

Место работы: домохозяйка.

Дата и время поступления:

Заключительный диагноз: БЕРЕМЕННОСТЬ 39-40 НЕДЕЛЬ, ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, ПЕРВАЯ ПОЗИЦИЯ, ПЕРЕДНИЙ ВИД. «НЕЗРЕЛАЯ» ШЕЙКА МАТКИ. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ СПРАВА.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: БЕРЕМЕННОСТЬ 39-40 НЕДЕЛЬ, ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, ПЕРВАЯ ПОЗИЦИЯ, ПЕРЕДНИЙ ВИД. «НЕЗРЕЛАЯ» ШЕЙКА МАТКИ. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ СПРАВА.

ANAMNESIS VITAE:

Родилась \_\_\_\_\_ года в \_\_\_\_\_. Была третьим ребенком. По умственному и физическому развитию не отставала от сверстников. В детском возрасте перенесла ветряную оспу, других болезней детского возраста не помнит. В умственном и психическом развитии от сверстников не отставала. Воспитывалась в полной семье, проживала в удовлетворительных социальных и жилищно-бытовых условиях. Материальная обеспеченность, условия питания удовлетворительные. Использование отдыха полноценное. Образование среднее специальное. Работает по специальности, трудовой анамнез с учетом условий труда не отягощен, профессиональных вредностей нет.

Страдает мочекаменной болезнью с 2000 года.

Других экстагенитальных заболеваний, со слов беременной, нет. Из перенесенных хирургических операций: апендэктомия в 2003 году. Вредные привычки: алкоголь, курение – отрицает.

Отягощена наследственность по перенашиванию беременности: мать беременной вынашивала три беременности до срока 41-42 недели.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:

1.менструальная функция

Первая менструация на 14 году (2000г), установились сразу. Продолжительность 4-5 дней. Интенсивность: скудные, выделения со сгустками. Ритмичность менструаций до беременности – ежемесячно. Периодичность: 28 дней. Менструальные кровотечения безболезненны. С началом половой жизни изменений менструальной функции не было.

2.половая функция

Половая жизнь с 16 лет (2002г, регулярная с 19 лет. Состоит в 1-ом по счету браке. Способы контрацепции: барьерные (презервативы). Даты последнего коитуса не помнит. Со слов беременной, муж здоров.

3.детородная функция

Беременность первая, наступила на 19 году жизни, 3-й год половой жизни. Беременность наступила через 1 месяц после прекращения использования контрацепции.

4. Секреторная функция

Выделения в умеренном количестве, светлые, без запаха. Появились во время беременности, на 20-ой неделе.

ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Последняя менструация началась10 августа, закончилась12 августа.

Первое шевеление плода: 9 января. 21- 22неделя беременности, как правило первородящие начинают ощущать шевеление плода с 20-ой недели беременности.

Первая половина беременности: без особенности и патологических отклонений.

Вторая половина беременности: отмечает снижение АД на 37-ой неделе, со 120/80 мм. рт. ст.до 90/70 мм. рт.ст.

Общая прибавка в весе за беременность составила 14.4 килограмм.

Первая явка в ЖК:11 января 2006г. (22 недели беременности). Посещала регулярно. Наилучшим считается постановка на учет до 12 недель.

Физиопсихопрофилактика не проводилась, специальную литературу беременная не читала.

Беременная-домохозяйка, если бы женщина работала, дородовый отпуск был бы предоставлен на сроке 30 недель.

На данный момент беременная находится в отделении патологий беременности, на дородовой госпитализации.

Родовой деятельности не было.

Дата начала курации15.05.06г.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Общее состояние: удовлетворительное, сознание ясное, поведение адекватное.

Телосложение правильное. Костно-мышечная система без особенностей. Степень развития мышц умеренная, тонус сохранен. Лордозы и кифозы позвоночного столба правильно выражены. Активные и пассивные движения в суставах сохранены, в полном объеме

Конституция нормостеническая, диспропорции не наблюдается. Питание нормальное.

Походка ровная, осанка прямая.

Рост 165 см. Вес до беременности 58 кг, за время беременности набрала в весе14.4,настоящий вес 72.4 кг.

Слизистые ротовой полости и глотки бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Система органов дыхания: Нос правильной формы. Носовое дыхание свободное. Тип дыхания грудной. ЧД=19 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая. Грудная клетка регидна, безболезненна. При перкуссии над лёгкими ясный легочной звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Система органов кровообращения: При аускультации сердца тоны ритмичны. ЧСС=76 в минуту. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД=110/70 мм рт.ст. на обеих руках.

Система органов пищеварения: Слизистая полости рта бледно-розовая. Язык сухой, не обложен. Миндалины не увеличены.

Печень не выходит из-под края рёберной дуги. Край печени при пальпации безболезненный, ровный, гладкий.

Стул (со слов беременной)не регулярный, запор по 2-3 дня.

Система органов мочеотделения: Отёков в поясничной области нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание (со слов беременной) 6-7 раз в сутки, безболезненно, незатруднено.

Беременная страдает мочекаменной болезнью, заболевание протекает в латентной форме, не имеет клинических проявлений, следовательно прогноз беременности и родов как для матери, так и для плода благоприятен.

Эндокринная и нервная система: Щитовидная железа не пальпируется. Вторичные половые признаки по женскому типу. Сон спокойный, ночной.

Группа крови 3-я, резус-принадлежность «-»-возможность развития резус-конфликта: необходимо наблюдать за титром изосенсибилизируемых антител, но так как беременность является первой прогноз благоприятный.

Расчет ОЦК: 72.4\*82=5937мл.

Допустимая кровопотеря:

СПЕЦИАЛЬНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Живот правильной продольно-овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий, безболезненный. ОЖ = 94 см, ВСДМ = 38 см. Положение плода продольное

Проведении наружного акушерского исследования приемами Леопольда-Левицкого:

Первым приемом определяется часть плода, располагающаяся в дне матки. Ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают. У беременной в дне матки определяется крупная, менее плотная округлая часть – тазовый конец плода.

Вторым приемом определяют спинку и мелкие части плода; по положению спинки судят о положении и виде. Обе руки со дна матки перемещают книзу до уровня пупка и располагают в проекции боковых поверхностей матки. Слева и кпереди определяется крупная плотная часть – спинка плода, справа – мелкие части, из чего можно заключить – первая позиция, передний вид.

Третий прием служит для определения предлежащей части плода. Одну руку, обычно правую, кладут немного выше лобкового соединения так, чтобы первый палец находился на одной стороне, а четыре остальных – на другой стороне нижнего сегмента матки. У беременной прощупывается округлая плотная, имеющая отчетливые контуры, баллотирующая часть, то есть головка плода.

Четвертый прием, являющийся дополнением и продолжение третьего, позволяет определить не только характер предлежащей части, но и уровень ее стояния.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту, выслушивается акушерским стетоскопом наиболее отчетливо на уровне пупка слева.

Размеры таза:

Distantia spinarum – 25 см

Distantia cristarum – 28 см

Distantia trochanterica – 31 см

Conjugata externa – 20см

Conjugata vera-11 см

Индекс Соловьева - 14см

Ромб Михаэлиса правильной формы, вертикальный/горизонтальный размеры = 10/10 см.

Предполагаемый вес плода:

Метод Жорданиа: ВДМ\*ОЖ (в гр.) Р = 38\*94 = 3572г.

Метод Ланковица:(ОЖ+ВДМ+рост+вес матери)\*10 = (94+38+165+72.4)\*10 = 3694г.

Метод Стройковой Р = ((ВДМ\*ОЖ)+(вес матери/К))/2 = ((38+94) + (72400/20))/2 =(132+3620)/2= 3752г.

Прогноз клинически узкого таза:

По Матвееву – сумма четырех разностей –

рост – ВДМ

рост – ОЖ

индекс таза – 1\2 ОЖ

индекс таза – ВДМ

индекс таза – сумма всех размеров большого таза в см.

(165-38)+(165-94)+((25+28+31+20)-94/2)+((25+28+31+20)-38) = 127+71+57+66 = 321, отсюда роды через естественные родовые пути возможны. Так как сумма четырех разностей превышает 301.

Индекс Файнберга = (индекс Соловьева + 3)/наружная конъюгата = (14+3)/20 = 0,85, исход родов благоприятный, так как индекс меньше 1.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ:

По дате последней менструации: 10.08.05 + 7 – 3 месяца = 17.05.06-предполагаемая дата родов.

По первой явке в ЖК: во время первой явки 11 января в ЖК был поставлен срок беременности 21-22 недель, что соответствовало сроку беременности по месячным. Беременность 39-40 недель.

По овуляции: дата овуляции 25.08.05 + 38 нед.–17.05.06- предполагаемый срок родов. Беременность 40 недель.

По первому шевелению плода – 09.01.06.у первородящих соответствует сроку беременности в 20 недель, соответственно предполагаемый срок родов –29.05.06.,беременность 38 недель.

По мнению женщины на момент курации срок беременности 39 недель.

ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Наружные половые органы сформированы правильно, оволосенение по женскому типу. Половая щель сомкнута. Влагалище нерожавшей. Шейка матки расположена кзади (0 баллов), осмотрена в зеркалах – чистая, плотная (0баллов), длина около 2 см (0 баллов), канал шейки проходим для 1 пальца, в области внутреннего зева определяется уплотнение (1 балл).

Сумма – 1 балл – шейка матки «незрелая».

Околоплодные воды не текут.

Предлежит головка плода, над lin. Terminalis. Мыс недостижим. Деформации костей таза нет.

Размер истинной конъюгаты =11см.

Размер диагональной коньюгаты=13см.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:

Беременность можно поставить исходя из данных наружного акушерского исследования, определения достоверных признаков беременности. На основании пальпаторного определения шевеления плода, выслушивания сердцебиения плода, данных наружного акушерского исследования приемами Леопольда – Левицкого:

Первым приемом определяется часть плода, располагающаяся в дне матки. У беременной в дне матки определяется крупная, менее плотная округлая часть – тазовый конец плода.

Вторым приемом определяют спинку и мелкие части плода; по положению спинки судят о положении и виде. Слева и кпереди определяется крупная плотная часть – спинка плода, справа – мелкие части, из чего можно заключить – первая позиция, передний вид.

Третий прием служит для определения предлежащей части плода. У беременной прощупывается округлая плотная, имеющая отчетливые контуры, баллотирующая часть, то есть головка плода.

Четвертый прием позволяет определить не только характер предлежащей части, но и уровень ее стояния.

Таким образом, можно предположить беременность с головным предлежанием, первой позицией, передним видом плода.

На основании данных определения сроков беременности и родов:

Срок беременности –39-40 недель

На основании данных влагалищного исследования с применением шкалы оценки степени «зрелости» шейки матки, согласно которому, наружные половые органы сформированы правильно, оволосенение по женскому типу. Половая щель сомкнута. Влагалище нерожавшей. Шейка матки- «незрелая».Предлежит головка плода, над lin. Terminalis. Мыс недостижим. Деформации костей таза нет.

Можно говорить о «незрелости» шейки матки.

Таким образом на основании анализа данных анамнезов, объективного и специального исследования беременной, можно поставить предположительный диагноз:

БЕРЕМЕННОСТЬ 39-40 НЕДЕЛЬ, ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, ПЕРВАЯ ПОЗИЦИЯ, ПЕРЕДНИЙ ВИД. «НЕЗРЕЛАЯ» ШЕЙКА МАТКИ. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ СПРАВА

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Клинический анализ крови: Hb, лейкоциты, для исключения анемии беременных, признаков воспаления.

Б/х анализ крови на определение общего белка, билирубина, фибриногена. Для исключения эксрагенитальной

ОАМ для определения удельного веса, уровня белка в моче, для исключения позднего гестоза.

Коагулограмма для исключения и профилактики острого и хронического ДВС – синдрома.

определение группы крови по системе АВО и резус – фактора, для исключения резус – конфликтной беременности и родов.

RW для исключения внутриутробного инфицирования и перинатального поражения плода сифилисом.

реакция на ВИЧ

УЗИ для исключения ФПН, внутриутробного страдания плода, оценки околоплодных вод, подтверждения прогноза крупного плода, определения места расположения и степени зрелости плаценты.

УЗИ щитовидной железы для исключения нейроэндокринного синдрома, патологии железы.

мазки из заднего свода и цервикального канала на степень чистоты, оценки флоры, характера слизистой пробки.

Консультация терапевта, стоматолога, лора на случай оперативного вмешательства.

ЭКГ для исключения позднего гестоза, на случай оперативного вмешательства в родах.

проведение аллергических проб на новокаин для исключения анафилаксии при использовании.

КТГ плода, для исключения гипоксии.

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ:

Данную беременную можно отнести в группу риска по разрывам в родах, так как имеется тенденция к крупному плоду.

Ввиду незрелости шейки матки, вести подготовку к родам с использованием простагландинов и спазмолитиков.

I период родов.

Роды вести через естественные родовые пути с применением спазмолитиков и анальгетиков. При нарушении сроков и скорости раскрытия шейки матки, применение окситоцина и простагландинов внутривенно. Влагалищное исследование каждые 4 часа при возникновении показаний, оценка сердцебиения плода, состояния плодного пузыря. Первый период заканчивается полным раскрытием шейки матки – до 10 см. Фиксация длительности, динамики первого периода в курационном листе.

II период родов.

Период изгнания. Характеризуется учащением, регулярностью схваток, возникновением потуг при вставлении головки плода, раздражением рецепторов тазового дна.

После излития вод провести влагалищное исследование с целью определения предлежащей части, вставления (асинклитическое, синклитическое), сгибательное/разгибательное предлежание. В какой части таза находится головка. Измерение диагональной конъюгаты и оценка соответствия размеров таза. Оценка состояния плода по КТГ с контролем сердцебиения, при аномалиях родовой деятельности своевременная родостимуляция, родовспоможение, профилактика и лечение гипоксии плода созданием ЭГВК фона. При аномалиях, не поддающихся лечению с прогрессирующей гипоксией плода – провести Кесарево сечение. При угрозе разрыва шейки матки – эпизиотомия. Своевременное обезболивание при необходимости.

Профилактика кровотечения – введение окситоцина в момент прорезывания переднего плечика.

III период родов.

Составляет 2 часа, характеризуется изменением консистенции и расположения матки, она уплотняется с каждой последовой схваткой. Дно матки поднимается вверх до уровня выше пупка, отклоняется вправо.

Необходима профилактика гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде: катетеризация мочевого пузыря, выведение мочи, грелка со льдом на низ живота фракционно, введение окситоцина в момент прорезывания головки в дозе 5 ЕД в/в.

Вести период в готовности к кровотечению – доступ к вене, анестезиолог при наличии показаний.

Оценка кровопотери в родах, восполнение при превышении допустимых норм (более 1% от массы тела родильницы).

Оценка отделившейся плаценты, при патологии отделения – своевременное ручное отделение и выделение последа в операционной, профилактика и восполнение кровопотери, при неэффективности – шов по Лосицкой на шейку матки, тампон с эфиром в задний свод влагалища.

Проведение осмотра шейки в зеркалах, ушивание при разрывах. Осмотр влагалища и промежности, помощь при разрывах.