**Паспортная часть.**

Ф.И.О. – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст – 21 год.

Национальность – русская

Образование – полное среднее

Место работы – домохозяйка

Домашний адрес – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата и час поступления в стационар – 13.03.02 г. в 9 00 ч.

Дата начала курации – 15.03.02 г.

**Жалобы.**

На момент поступления предъявляла жалобы на: схваткообразные боли в низу живота слабой интенсивности, нерегулярные, продолжительностью 10-15 секунд, отёчность голеней, небольшое головокружение, головную боль.

На момент курации: на схваткообразные боли в нижней части живота, интенсивные, регулярные (через каждые 4-5 мин), продолжительностью 40-45 секунд.

**Anamnesis.**

1). **Anamnesis vitae.**

Родилась в городе Актобе. Масса тела при рождении – 3.000 кг. Находилась на естественном вскармливании. В развитии от сверстников не отставала. Окончила средне образовательную школу. Перенесённые заболевания в детстве – ОРЗ, ОРВИ. Гинекологические заболевания отрицает. Материальные условия в детстве и в настоящее время хорошие. Находится на регулярном и полноценном питании. Заболевания в семье: туберкулез, злокачественные новообразования, заболевания сердца (пороки, гипертоническая болезнь), заболевания передаваемые половым путем (сифилис, гонорея, хламидиоз, герпес) отрицает. Страдает ожирением II ст., хроническим пиелонефритом. Многоплодия у близких родственников не отмечалось. В сроке 36-37 нед. находилась на стационарном лечении в ГПЦ по поводу гестоза II ст., в результате эффективного лечения была выписана через 1 нед. Гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез спокоен. Не курит, алкоголь не употребляет.

2). **Акушерский анамнез.**

Менструальная функция: начало менструаций с 13 лет, установились сразу. Характер менструального цикла: 29 по 5 дней. Величина кровопотери: умеренные, безболезненные.

Половая функция. Половую жизнь начала с 17 лет. Замужем, брак зарегистрирован. Срок возможного зачатия – 20 июня 2001 г. Здоровье мужа хорошее.

Детородная функция. Общее количество беременностей - 2. На 2 году половой жизни наступила первая беременность. Первая беременность – 3 года назад завершилась миниабортом, без осложнений. Наличия акушерских операций (щипцы, кесарево сечение, вакуум экстракция плода) не было. Течение настоящей беременности, родов, послеродового периода. Дата последней менструации – 6.06.01 г. Первая явка в женскую консультацию была в сроке 6-7 нед. беременности. С этого срока женскую консультацию посещала регулярно. Течение первой половины беременности без особенностей. Первые шевеления плода ощутила в сроке 24-25 нед. Течение второй половины беременности до поступления в клинику. В сроке 36-37 нед. появились отёки II ст., головная боль и головокружение (АД поднялось до 150/90 мм рт. ст.) – был диагностирован гестоз II ст., женщина была помещена в стационар (ГПЦ), в результате эффективной терапии была выписана через 1 нед. Угрозы прерывания беременности не было. Кровотечений во время беременности не было. II (А) группа крови, Rh - .

### Объективное исследование (общее и специальное)

***А. Общее исследование***:

**Общее состояние** удовлетворительное, сознание ясное, вид беременной – спокойна. Рост – 160 см, масса – 89.5 кг, температура тела – 36,80 С.

Телосложение правильное. Конституция гиперстеническая, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Кожа обычной влажности, эластичная, тургор тканей сохранён. Кожные дериваты без изменений. Форма живота круглая. Наличие рубцов беременности, пигментации лица, белой линии и околососковых кружков. Пупок сглажен. Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены. Отмечается равномерное сильное развитие подкожной клетчатки. Наличие отеков I ст. Миндалины не выходят за пределы нёбных дужек. Язык влажный, чистый, сосочки выражены. Щитовидная железа не пальпируется.

**Костно-мышечная система** - деформаций, атрофий, неподвижности в суставах, укорочения конечностей не отмечается.

**Система органов дыхания.** Грудная клетка симметричная, безболезненная, тип дыхания – грудной. ЧДД – 23/мин, ритмичное. При осмотре верхних дыхательных путей патологические изменения не выявлены. Грудная клетка конической формы, обе ее половины одинаково участвуют в акте дыхания, грудная клетка при пальпации эластична, резистентна.

При перкуссии грудной клетки звук над симметричными участками легких ясный лёгочный, одинаковой силы. Ширина полей Кренига - 7 см. Экскурсия легких - 3 см вверх, 3 см вниз. При топографической перкуссии границы легких соответствуют норме. При аускультации над всей поверхностью легких везикулярное дыхание.

**Сердечно-сосудистая система.** При осмотре сердечный горб отсутствует, втяжений в области сердца нет. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, шириной 2 см, умеренной высоты, силы, резистентности. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота - 72 уд/мин. АД при исследовании до беременности 110/70 мм рт.ст., во время беременности - от 100/60 до 150/90 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При

аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных

сокращений 72 уд/мин, сердечных шумов нет.

**Органы пищеварения.**

Аппетит не нарушен, жевание и глотание не затруднено, стул

регулярный, оформленный. Слизистая рта бледная, влажная, чистая. При

поверхностной и глубокой пальпации живота патологических изменений

нет. Печень не пальпируется, при перкуссии границы печени в норме.

Селезенка не пальпируется.

**Органы мочевыделения.**

Мочеиспускание безболезненное. Почки не пальпируются, симптом

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Нервная система и органы чувств.**

Сознание ясное, поведение адекватное, сон не нарушен, зрительный,

слуховой, вкусовой анализаторы - без патологии.

***Б. Специальное акушерское исследование.***

**Исследование таза.**

Исследование таза имеет важное значение в акушерстве потому, что его строение и размеры оказывают решающее влияния на течение и исход родов. Нормальный таз является одним из главных условий правильного течения родов. Отклонения в строении таза, особенно уменьшение его размеров, затрудняют течение родов или представляют непреодолимые препятствия для них.

Исследование таза производится путём осмотра, ощупывания и измерения его размеров. При осмотре обращают внимание на всю область таза, но особое значение придают ромбу Михаэлиса.

Пояснично-крестцовый ромб представляет собой площадку на задней поверхности крестца: верхний угол ромба составляет углубление между остистым отростком 5 поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня; боковые углы соответствуют задне-верхним остям подвздошных костей; нижний – верхушка крестца; сверху и снаружи ромб ограничивается выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи – выступами ягодичных мышц. При нормальном тазе, у хорошо сложенных женщин, ромб приближается к квадрату и хорошо виден при осмотре. При неправильных телосложениях и форме таза ромб выражен недостаточно отчётливо и форма его изменяется.

При исследовании большого таза производят ощупывание остей и гребней подвздошных костей, симфиза и вертелов бедренных костей.

**Измерение таза.**

Большинство внутренних размеров таза недоступно для измерения, поэтому обычно измеряют наружные размеры таза и по ним приблизительно судят о величине и форме малого таза. Измерения производятся тазомером. При измерении таза женщина лежит на спине с обнажённым животом, ноги вытянуты и сдвинуты вместе. Врач становится справа, лицом к ней. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговки. Шкала с делениями обращена кверху. Указательными пальцами прощупывают пункты, расстояние между которыми измеряют, прижимая к ним пуговки раздвинутых ветвей тазомера и отмечают по шкале величину искомого размера.

Distantia spinarum – расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей. Размер в норме – 25-26 см.

Distantia cristarum – расстояние между наиболее отдалёнными точками гребней подвздошных костей. В среднем – 28-29 см.

Distantia trochanterica – расстояние между большими вертелами бедренных костей. В среднем – 30-31 см.

Имеет значение также соотношение между поперечными размерами. В норме разница между D. Spinarum и D. Cristarum составляет 3 см; если разница меньше, это указывает на отклонение от нормы в строении таза.

Conjugata externa – прямой размер таза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую – вытягивают. Пуговку одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке (верхний угол ромба Михаэлиса). Наружная конъюгата в норме равна 20-21 см. Для определения истинной конъюгаты из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см. Разница между наружной и истинной конъюгатой зависит от толщины крестца, симфиза и мягких тканей.

Conjugata diagonalis – расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца. Она вычисляется при влагалищном исследовании, которое производится при соблюдении всех правил асептики и антисептики. 2 и 3 палец вводят во влагалище, 4 и 5 сгибают, тыл их упирается в промежность. Введённые во влагалище пальцы фиксируют на верхушке мыса, а ребро ладони упирается в нижний край симфиза. После этого 2 пальцем другой руки отмечают место соприкосновения исследующей руки с нижним краем симфиза. Не отнимая 2 пальца от отмеченной точки, руку, находящуюся во влагалище, извлекают и измеряют тазомером или сантиметровой лентой при помощи другого лица расстояние от верхушки 3 пальца до точки, соприкосавшейся с нижним краем симфиза. Диагональная конъюгата при нормальном тазе равняется в среднем 12,5-13 см. Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной вычитают 1.5 – 2 см. Если концом вытянутого пальца мыс не достигается, объём данного таза можно считать нормальным или близким к норме.

Размеры выхода таза. Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, разведены в стороны и подтянуты к животу.

Прямой размер выхода таза измеряют обычно тазомером. Одну пуговку прижимают к середине нижнего края симфиза, другую – к верхушке копчика. Полученный размер больше истинного, для его вычисления нужно из полученного вычесть 1.5 см.

Поперечный размер выхода таза измеряют сантиметровой лентой или тазомером с перекрещивающимися ветвями. Прощупывают внутренние поверхности седалищных бугров и измеряют расстояние между ними. К полученной длине нужно прибавить 1-1.5 см.

Форма лонного угла. При нормальных размерах таза он равен 90-1000. Женщина лежит на спине, ноги согнуты и подтянуты к животу. Ладонной стороной большие пальцы прикладывают вплотную к нижним ветвям лонных и седалищных костей; соприкасающиеся концы пальцев прижимают к нижнему краю симфиза.

Косые размеры таза приходится измерять при кососуженных тазах. Для выявления ассиметрии таза измеряют следующие косые размеры:

1. расстояние от передней верхней ости одной стороны до задне - верхней ости другой стороны и наоборот;
2. расстояние от верхнего края симфиза до правой и левой задне - верхней остей;
3. расстояние от надкрестцовой ямки до правой и левой передне – верхней остей.

Косые размеры одной стороны сравнивают с соответствующими косыми размерами другой. Разница, превышающая 1 см, указывает на ассиметрию таза.

При необходимости получить дополнительные данные производят R – исследование.

Для суждения о толщине костей таза значение имеет измерение окружности лучезапястного сустава беременной (индекс Соловьёва). Средняя величина – 14 см. Если индекс больше, можно предположить, что кости таза массивные и размеры его полости меньше, чем можно было бы ожидать по данным измерениям большого таза.

1. Размеры таза.

Distantia spinarum - расстояние между передними верхними остями

подвздошных костей, норма-25-26 см. У роженицы - 27 см.

Distantia cristarum - расстояние между наиболее отдаленными

точками гребней подвздошных костей, норма-28-29 см. У роженицы - 29 см.

Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами

бедренных костей, норма-30-31 см. У роженицы - 32,5 см.

Conjugata externa - прямой размер таза, от середины

верхненаружного края лобкового симфиза до надкрестцовой ямки,

норма-20-21 см. У роженицы - 21 см.

2. Крестцовый ромб - площадка на задней поверхности крестца:

верхний угол составляет углубление между остистым отростком V

поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня; боковые

углы соответсвуют заднее-верхним остям подвздошных костей;

нижний - верхушке крестца; сверху и снаружи ромб ограничивается

выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи - выступами ягодичных

мышц. Норма-10х10 см или 11х11 см. У роженицы - 12х12 см.

3. Индекс Соловьева - окружность лучезапястного сустава,

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

роженицы - 16 см.

4. Высота дна матки над лоном - 40 см.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Срок беременности, мес. | ВСДМ, см | Срок беременности, мес. | ВСДМ, см |
| IV  V  VI  VII | 6-7  12-13  20-24  24-28 | VIII  IX  X | 28-30  32-34  28-32 |

5. Окружность живота - 110 см.

6. Длина плода – 56 см

прямой размер головки – 13 см

7. Предполагаемая масса плода - 4100 гр. +- 100 гр.

По Жордания – 110\*40 = 4.400 гр.

8. Наружное акушерское исследование.

**Наружное акушерское исследование по Леопольду-Левицкому.**

Беременная лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах для расслабления мышц живота. Врач становится справа от беременной лицом к её лицу.

1. Первый приём наружного акушерского исследования. Ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают; осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки, по которому судят о сроке беременности. Первым приёмом определяется часть плода, располагающаяся в дне матки.
2. Второй приём наружного акушерского исследования. Вторым приёмом определяют спинку и мелкие части плода; по положению спинки судят о позиции и виде. Обе руки со дна матки перемещают книзу, до уровня пупка, и располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию частей плода производят поочерёдно правой и левой рукой. Левая рука лежит на одном месте, пальцы правой руки скользят по боковой поверхности матки и ощупывают обращённую туда часть плода. Затем правая рука лежит спокойно на стенке матки, а левая ощупывает части плода, обращённые к правой стенке матки. Второй приём позволяет определить тонус матки и её возбудимость (сокращения в ответ на раздражение, вызванное пальпацией), прощупать круглые связки матки, их толщину и расположение. По расположению круглых связок судят о месте прикрепления плаценты. Если круглые связки книзу расходятся, плацента расположена на передней стенке, если сходятся – на задней.
3. Третий приём наружного акушерского исследования. Третий приём служит для определения предлежащей части плода. Одну руку кладут немного выше лонного сочленения так, чтобы 1 палец находился на одной стороне, а остальные – на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленными и осторожными движениями пальцы погружают вглубь и обхватывают предлежащую часть. Головка прощупывается в виде плотной округлой части, имеющей чёткие округлые контуры. При тазовом предлежании прощупывается объёмистая мягковатая часть, не имеющая округлой формы. При поперечных и косых положениях предлежащая часть не определяется. Третьим приёмом можно определить подвижность головки. Короткими, лёгкими толчками стараются сдвинуть её справа налево и наоборот; при этом исследующие пальцы ощущают баллотирование головки. Третий приём следует производить осторожно и бережно, т.к. резкие движения вызывают болезненные ощущения и рефлекторное напряжение мышц передней брюшной стенки.
4. Четвёртый приём наружного акушерского исследования. Этот приём позволяет определить не только характер предлежащей части, но и уровень её стояния. Исследующий встаёт справа, лицом к ногам беременной. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно проникают вглубь по направлению к полости таза и кончиками пальцев определяют предлежащую часть и высоту её стояния. При помощи 4 приёма на предлежащей головке можно определть затылок и подбородок, а также величину головки, плотность её костей, постепенное опускание головки в таз во время родов.

1-й прием: цель-определение высоты стояния дна матки (40 см) и

части плода, располагающейся в дне матки (тазовый конец - крупная, менее

плотная и округлая, чем головка, часть плода).

2-й прием: цель-определение спинки и мелких частей плода

(спинка - равномерная площадка, мелкие части - небольшие выступы, часто

меняющие положение); определение позиции и вида - вторая позиция,

передний вид. Матка возбудима, сокращения в ответ на раздражение

пальпацией; круглые связки пальпируются в виде длинных, плотных тяжей.

3-й прием: цель - определение предлежащей части плода - головка

(плотная, округлой формы, часть плода, с отчетливыми контурами, при

пальпации подвижна - ощущается ее балотирование).

4-й прием: подтверждается 3-й прием, определяется уровень стояния

предлежащей части плода (над входом в малый таз).

9. **Аускультация.**

Выслушивание живота беременной производится акушерским стетоскопом. При выслушивании живота определяются сердечные тоны плода. Кроме того, можно уловить разные звуки, исходящие из организма матери. К звуковым явлениям, исходящим от плода, относятся: сердечные тоны плода, шум пуповины, глухие неритмичные толчкообразные движения плода. Путём выслушивания сердечных тонов выясняют состояние плода. Сердечные тоны стетоскопом прослушиваются с 18-20 нед. и с каждым месяцем становятся отчётливее. Сердечные тоны плода лучше прослушиваются в той стороне живота, куда обращена спинка плода, ближе к головке. Только при лицевых предлежаниях сердцебиение плода отчётливее со стороны его грудной клетки. При затылочном предлежании сердцебиение хорошо прослушивается ниже пупка, слева – при 1 позиции, справа – при 2.

При тазовых предлежаниях сердцебиение наиболее отчётливо выше пупка на той стороне, куда обращена спинка; слева – при 1 позиции, справа – при 2.

При поперечных положениях сердцебиение прослушивается на уровне пупка ближе к головке. При переднем виде головных и тазовых предлежаний сердцебиение лучше прослушивается ближе к средней линии живота; при заднем – дальше от средней линии, сбоку живота. При многоплодной беременности сердцебиение плода обычно выслушивается отчётливо в разных отделах матки.

Сердечные тоны выслушиваются в виде ритмичных двойных ударов, повторяющихся в среднем 120-140 раз в мин.

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

выслушивается справа, ниже пупка.

10. Родовая деятельность: схватки, периодичностью через 4-5 мин,

продолжительностью 40-45 сек., сильные, болезненные.

11. Влагалищное исследование.

**Исследование при помощи зеркал.**

Данный метод исследования позволяет выявить цианоз шейки и слизистой оболочки влагалища (вероятный признак беременности), а также заболевания шейки матки и влагалища (воспаление, эрозия, полип, рак). Можно пользоваться створчатыми и ложкообразными зеркалами. Створчатое зеркало вводят до свода влагалища в сомкнутом виде, затем створки раскрывают и шейка матки становится доступной для осмотра. Стенки влагалища осматривают при постепенном выведении зеркала из влагалища. Хороший доступ для осмотра шейки и влагалища создаётся при использовании ложкообразных зеркал. Вначале водят заднее зеркало, располагают его на задней стенке влагалища и слегка надавливают на промежность; затем параллельно ему вводят переднее зеркало, которым поднимают переднюю стенку влагалища. После осмотра шейки матки и стенок влагалища зеркала извлекают и приступают к влагалищному исследованию.

**Техника влагалищного исследования.**

Исследование производят в стерильных резиновых перчатках на гинекологическом кресле или на кушетке. Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены; под крестец подкладывают валик. Наружные половые органы обмывают слабым раствором перманганата калия (1:6000) или другого дезинфицирующего вещества и осушивают стерильной ватой. 1 и 2 пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы и производят осмотр половой щели, входа во влагалище, клитора, наружного отверстия уретры, промежности. Затем осторожно вводят во влагалище 2 и 3 пальцы правой руки (1 палец отведён кверху, 4 и 5 прижаты к ладони). Исследование производят в определённом порядке:

1. определяют ширину просвета и растяжимость стенок влагалища, выявляют нет ли рубцов, опухолей, перегородок, др. патологических состояний.
2. находят шейку матки и определяют её форму, величину, консистенцию, степень зрелости, укорочение, размягчение, расположение по проводной оси таза, проходимость зева для пальца; при исследовании рожениц определяют степень сглаженности шейки (сохранена, укорочена, сглажена).
3. исследуют состояние наружного отверстия шейки матки (форма круглая или щелевидная, закрыто или открыто). У рожениц определяют состояние краёв зева (мягкие или ригидные, толстые или тонкие) и степень его раскрытия. В зев вводят кончик одного или обоих пальцев и выясняют, раскрыт он на несколько см или раскрытие полное.
4. у рожениц при влагалищном исследовании выясняют состояние плодного пузыря (цел, нарушен, степень напряжения).
5. Определяют предлежащую часть, где она находится (над входом в малый таз, во входе малым или большим сегментом, в полости, в выходе таза), опознавательные пункты на ней (на головке – швы, роднички, на тазовом конце – крестец); по их расположению судят о механизме родов.
6. получив полное представление о состоянии влагалища, шейки матки, зева, плодного пузыря и предлежащей части, ощупывают внутреннюю поверхность крестца, симфиза и боковых стенок таза. Ощупывание таза позволяет выявить деформацию его костей и судить о ёмкости таза.
7. в конце исследования измеряют диагональную конъюгату.

Наружные половые органы при осмотре цианотичны. При внутреннем

влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, без патологических

изменений; шейка матки сглажена, края растяжимые, степень раскрытия

5-6 см, длина шейки матки - 1 см. Плодной пузырь цел. Предлежащая

часть - головка предлежит ко входу в малый таз, стреловидный шов в

правом косом размере, малый родничок у лона. Мыс не достигается.

Диагональная коньюгата не определяется. Костных изменений в малом тазу

не обнаружено.

**Лабораторные данные и данные обследования.**

Ультразвуковое исследование:

Дата 13.03.02 г.

Один плод в головном предлежании.

БПР – 96

Лобно-затылочный размер – 150

Длина бедренной кости пр. и лев. – 73

Длина плеча пр. и лев. – 70

Длина костей предплечья пр. и лев. – 68

Пуповина – к передней брюшной стенке.

Толщина плаценты в норме.

Анатомия плода в норме.

ОАК.

СОЭ – 12 мм\час

Нв – 90 г\л

ЦП – 0.9

Эритроциты – 3.0 \* 1012/л

Лейкоциты – 5.5 \* 109/л

Палочкоядерные – 2

Сегментоядерные – 76

Лимфоциты – 17

Моноциты – 5

Тромбоциты – 270.000/мл

Св. крови – 3’50’’

Биохимический анализ крови.

Билирубин общ. – 8.8 мкмоль/л

Прямой –

Непрямой – 8.8 мкмоль/л

Общ. белок – 74.2 г/л

Остаточный азот – 17.1 ммоль/л

Мочевина – 4.6 ммоль/л

Коагулограмма от 13.03.02 г.

Время свертывания крови – 3’50’’

Концентрация фибриногена в плазме - 4,62 г/л

Толерантность плазмы к гепарину - 5'40"

Протромбиновый индекс - 94%

Фибринолитическая активность - 8%

ОАМ.

Цвет – соломенно-желтый

Удельный вес – 1020

Белок – 0,066 г/л

Эпителий – 10-12

Лейкоциты – 8-10

Эритроциты – 0-1

Соли – ураты.

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

Беременность, 39-40 недель, положение плода продольное,

предлежание головное, вторая позиция, передний вид. Период родов -

раскрытие. Гестоз I ст. на фоне хронического пиелонефрита. Анемия II ст. Ожирение II ст.

Беременность доказывается следующими достоверными признаками:

1. Прощупываются отдельные части плода - головка, спинка, таз,

мелкие части (конечности).

2. Выслушиваются сердечные тоны плода - ясные, ритмичные, до 140

уд/мин, наиболее отчетливо слышны справа, ниже пупка.

3. Данные УЗИ от 13.03 - беременность, соответствующая 39-40

неделям.

Срок беременности определяется:

1) по данным последней менструации -39 - 40 недель.

2) по первому шевелению плода – в сроке 24-25 нед.

3) по первой явке в женскую консультацию – 6-7 неделя.

4) по объективным данным.

Продольное положение плода, головное предлежание, вторая позиция

и передний вид подтверждаются данными наружного акушерского

исследования: в дне матки располагается тазовый конец - крупная,

не плотная, не округлая, не балотирующая часть плода; спинка плода

обращена к правой стороне матки, к ее передней стенке; головка

предлежит ко входу в малый таз (пальпируется как плотная, округлая,

балотирующая часть плода). Сердечные тоны плода выслушиваются ниже

пупка справа. УЗИ подтверждает головное предлежание плода.

Гестоз I ст. выставлен на основании данных анамнеза:

во второй половине беременности, с 36-37 недели появилась

пастозность, а затем отечность голеней и стоп. Отеки носили стойкий

характер, не исчезали после отдыха в горизонтальном положении. Во

второй же половине беременности, начиная с 36 недели наблюдалась

патологическая прибавка веса - за 3 недели женщина прибавила 3.700

гр., то есть в неделю прибавка массы тела составляла в среднем 1кг200гр

при норме до 350 гр в неделю. Учитывая небольшую выраженность и

распространенность отеков на фоне высокой прибавки веса, можно думать

о скрытых отеках. Женщина отмечала головокружение и головную боль, повышалось АД до 150/90 мм рт. ст.

Об анемии свидетельствуют данные общего анализа крови Нв-90 г/л (соответствует 39-40-й недели беременности).

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ - АНЕМИИ**

**БЕРЕМЕННЫХ.**

Анемия - наиболее частое заболевание при беременности. У

беременных женщин наблюдается весьма часто - до 30%. В большинстве

случает это гипохромная (железодефицитная) анемия - 70-95%, реже

гиперхромная, гемолитическая или гипопластическая анемия. Чаще

развивается анемия во второй половине беременности.

Первопричиной гипохромной анемии является не беременность, а

другие факторы, понижающие функциональную активность кроветворных

органов: заболевания, при которых в связи с нарушением обмена веществ

и в особенности железа у беременных возникает недостаточность

кроветворной системы. Так в анамнезе беременных с гипохромной анемией

отмечаются острые инфекционные болезни, грипп, глистные инвазии,

желудочно-кишечные заболевания, отит, тонзиллит, гайморит, у

некоторых - самопроизвольные аборты, преждевременные роды.

При исследовании желудочного сока часто выявляется ахилия, что

свидетельствует о связи между анемией и ахилией. У некоторых

беременных анемия может возникнуть как профессиональное заболевание,

обусловленное нарушением санитарно-гигиенических условий труда.

В патогенезе гипохромной анемии у беременных имеют значение

следующие факторы:

1) нарушение всасывания железа /при ахилии/;

2) нерациональное питание /недостаток железа/;

3) повышенный расход железа во время беременности /в процессе

развития плода требуется до 500 г железа/;

4) повышенный тканевой обмен при беременности.

Гипохромная анемия у беременной иногда возникает в результате

острых кровопотерь, в разной степени выраженных и связанных с

предлежанием или низким прикреплением плаценты, нарушенной внематочной

беременностью, преждевременной отслойкой нормально расположенной

плаценты (ПОНРП).

Важной клинической формой является гиперхромная или пернициозная

анемия. Ее возникновение связано с эндогенным В12 авитаминозом. По

времени возникновения она совпадает с переходом мегалобластического

эритропоэза у плода на нормобластическое кроветворение (обычно на 4-5

месяце беременности). Именно в это время плод нуждается в материнском

В12 и его недостаток в печени беременной, наряду с дефицитом фолиевой

кислоты, являющейся составной частью комплекса витаминов группы В,

приводит к развитию заболевания. В патогенезе имеет значение также

нарушение функций желез желудка.

Гипопластическая анемия характеризуется угнетением функции

кроветворения - снижением содержания эритроцитов, ретикулоцитов,

лейкоцитов, тромбоцитов.

Гемолитическая /врожденная/ анемия обусловлена повышенным

гемолизом эритроцитов, происходящим в основном в селезенке.

У курируемой беременной женщины в этиологии и патогенезе,

возникшей у нее железодефицитной анемии, имеют значение:

1) острые респираторные заболевания;

2) повышенный расход железа во время беременности;

3) повышенный тканевой обмен при беременности.

**МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ.**

1. Происходит вставление головки в таз стреловидным швом в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз.
2. Головка делает умеренное сгибание в результате малый родничок приближается к проводной оси таза и становится проводной точкой. Подбородок приближается к груди. Головка опускается и одновременно совершает внутренний поворот, который начинается во входе в малый таз и заканчивается на тазовом дне, где головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере плоскости выхода из малого таза, затылком к лону.
3. Наступает врезывание, прорезывание головки. Плечи встают во входе в таз в одном из косых размеров. Рождается затылок и теменные бугры. На подзатылочной ямке образуется точка вращения, происходит разгибание головки и рождается лоб и лицо. Когда головка родилась плечики располагаются на тазовом дне, происходит их внутренний поворот, они устанавливаются в прямом размере плоскости выхода из малого таза. За счёт внутреннего поворота плечиков происходит наружный поворот головки лицом к одному бедру матери (обратно позиции). Рождается переднее плечико, под лоном на плечике образуется тоска вращения. Происходит боковое сгибание туловища и рождается заднее плечико. Остальная часть плода рождается без препятствий.

**Периоды родов.**

**Механизм периода раскрытия.**

Период раскрытия начинается с первыми регулярными схватками и заканчивается полным раскрытием наружного зева шейки матки.

В первом периоде происходит постепенное сглаживание шейки матки, раскрытие наружного зева шеечного канала до степени, достаточной для изгнания плода из полости матки, установления головки во входе таза. Сглаживание шейки матки и раскрытие наружного зева осуществляются под влиянием родовых схваток, во время которых происходят:

1. контракция;

2. ретракция;

3. дистракция;

За счёт дистракции происходит давление плодного пузыря на внутренний зев шейки матки по типу гидравлического клина.

У первородящих вначале раскрывается внутренний зев; далее постепенно расширяется канал шейки матки, который приобретает форму воронки, суживающейся книзу. По мере расширения канала укорачивается и полностью сглаживается шейка матки; остаётся закрытым только наружный зев. В дальнейшем происходит растяжение и истончение краёв наружного зева, он начинает раскрываться, края его оттягиваются в стороны.

У повторнородящих наружный зев бывает приоткрыт уже в конце беременности в связи с его расширением и надрывами при предыдущих родах. В периоде раскрытия наружный зев раскрывается почти одновременно с раскрытием внутреннего зева и сглаживанием шейки матки.

**Механизм периода изгнания.**

Период изгнания начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается вместе с рождением ребёнка.

Период изгнания осуществляется за счёт схваток и потуг. Под влиянием возрастающего внутриматочного и присоединившегося внутрибрюшного давления совершаются поступательные движения плода через родовой канал и его рождение. Поступательные движения происходят по оси родового канала.

**Последовый период.**

Начинается с момента рождения ребёнка и заканчивается изгнанием последа.

В последовом периоде происходят отделение плаценты и оболочек от стенок матки и изгнание отслоившегося последа из половых путей. Главным условием, способствующим отделению последа, являются последовые схватки, потуги. Плацента не обладает способностью к сокращению, поэтому происходит её смещение от суживающегося места прикрепления. С каждой схваткой плацентарная площадка уменьшается, плацента образует складки, выпячивающиеся в полость матки, и, наконец, отслаивается от её стенки. Нарушение связи между плацентой и маткой сопровождается разрывом маточно-плацентарных сосудов в области отделившегося участка плаценты. Кровь, излившаяся из сосудов, накапливается между плацентой и стенкой матки и способствует дальнейшему отделению плаценты. Отделение плаценты может происходить 2 способами:

1. с центра.

2. с края.

Для ведения последового периода важно знать призна

**ПЛАН ВЕДЕНИЯ.**

а) Лечение анемии беременных:

лечение гипохромной анемии в женской консультации включает

витаминизированную, богатую белком и минеральными веществами, диету, а

также препараты восстановленного железа (Ferrum hydrogenio reductum) в

возрастающих дробных дозах (от 3 до 6 г в сутки), с аскорбиновой

кислотой (0,1 на 1,0 железа) через 30-40 мин после еды. Для лучшего

всасывания железа одновременно дается разведенная соляная кислота по

10-15 капель на 1/2 стакана воды; гемостимулин по 0,5-1,0 3-4 раза в

сутки, запивая разведенной соляной кислотой; ежедневные в/м введения

100 мкг витамина В12.

При выраженной гипохромной анемии лечение стационарное.

Для лечения гиперхромной анемии (пернициозной) применяются

витамин В12 по 200 мкг в/м ежедневно или через день в течении 2-3

недель; фолиевая кислота по 0,02-0,03 г / раза в сутки; препараты

железа.

При гипопластической и гемолитической анемии беременных

рекомендуется прерывание беременности.

б) Конкретный план ведения данной беременной.

1. По поводу гестоза I ст.: назначить лечебно-охранительный режим,

ограничение жидкости и солей - гипохлоридная диета (3-4 г соли в сутки), количество жидкости ограничить до 600-700 мл в сутки. Рекомендуется пища, содержащая много витаминов, полноценные белки (творог, кефир, отварное мясо, рыба), углеводы (300-500 г в сутки); употребление жиров ограничить до 50 г в сутки.

2. Седатики, снотворные, антиагреганты.

Rp.: T-rae Valerianae 30.0

D.S. По 20-30 капель 3 раза в день.

Rp.: Tab. Dipiridamoli 0.025

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

3.По поводу гипохромной анемии беременных:

Таблетки "гемостимулин" - для стимуляции кроветворения

Rp. Tab. "Haemostimulinum" N 50

D.S. По 1 таб. 3 раза в день во время еды,

запивать раствором хлористо-водородной

кислоты (10-15 кап на 1/2 стакана воды).

Таблетки "Феррокаль"

Rp. Tab."Ferrocalum" obductae N 40

D.S. По 1 таб. 3 раза в день, принимать

не разжевывая.

в) Прогноз предстоящих родов.

Степень риска осложнений в родах:

- анемия - 2 балла

- отёки - 2 балла

- первые роды - 1 балл

Итого: 5 баллов.

Роды вести через естественные родовые пути. Возможные осложнения

- острая гипоксия плода, кровотечение, слабость родовой деятельности.

С целью профилактики кровотечения в предродовой в/в ввести:

Rp. Sol. Glucosae 40% - 20 ml

D.t.d. N 6 in amp

S. Для внутривенных вливаний. Вводить медленно.

#

Rp. Sol. Calcii chloridi 10%-10ml

D.t.d. N 6 in amp

S. По 10 мл в/в

#

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

D.t.d. N 6 in amp

S. По 1 мл в/в

Для стимулирования родовой деятельности, при гипотоническом

маточном кровотечении внутривенное введение 1 мл синтетического

окситоцина, разведенного в 500 мл 5% раствора глюкозы, вливают

капельно, начиная с 5-8 кап/мин, затем их количество постепенно

увеличивают до установления энергичной родовой деятельности.

**ОПИСАНИЕ И АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ.**

Течение родов:

1. Период раскрытия. Схватки начались 15.03.02 в 20 час.00 мин.

15.03 в 20час.30 мин слабые схватки через 25-30 мин по 10-15 сек.,

шейка матки не сглажена, края ригидные, раскрытие-2-3 см, головка предлежит

ко входу в малый таз. В 21 час 30 мин была проведена амниотомия (количество околоплодных вод – 750 мл), родовой деятельности нет, матка возбудима, головка плода прилежит ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании:

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.

С 22 часов 30 мин схватки через 7-8 мин по 20-25 сек. Головка плода прижата

ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, до 140

уд/мин. В 23 часа 00 мин динамики родовой деятельности нет. В 24 часа 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. С целью усиления родовых сил начато в/в капельное введение 5 ЕД окситоцина в 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия, 5 мг энзапроста. В мышцу введено: раствор глюкозы 40%-20,0 и кокарбоксилаза-100,0. В 2.00 усиление родовой

деятельности, схватки через 4-5 мин по 30 сек. Головка плода прижата

ко входу в малый таз, сердцебиение плода приглушено, ритмичное, до 140

уд/мин. Продолжается в/в ведение окситоцина. В/м введено 4,0 но-шпы.

2. Период изгнания:

В 6.00 начались потуги, повторяются через 3-4 мин по 40-45 сек,

головка плода на тазовом дне, сердцебиение приглушено, ритмичное, до 140

уд/мин. Женщина из предродовой переведена в родовой зал, продолжается

введение окситоцина - 20 кап/мин.

6.45 - головка плода врезывается, сердцебиение приглушено,

ритмичное, 140 уд/мин. Потуги через 3-4 мин по 40-45 сек.

В 7 час 30 мин родился живой доношенный мальчик, родилсь в

головном предлежании, 2 позиции, переднем виде, массой 3 кг 700 г,

длиной 56 см, родовая опухоль расположена на малом родничке.

Оценка по шкале Апгар сразу при рождении: 7 баллов, через 5 мин - 7

баллов.

3. Послеродовый период:

Через 10 мин самостоятельно отделилась и родилась плацента, дольки

целые, оболочки все.

Кровопотеря в родах - 300 мл

Продолжительность родов:

период раскрытия - 10 часов

период изгнания - 30 мин

послеродовый период - 10 мин

Данные осмотра родовых путей:

Родовые пути осмотрены в зеркалах, обнаружен разрыв клитора,

наложено 2 кутгутовых шва, произведена обработка йодом.

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.

**ДНЕВНИК.**

16.03.02 г. в 9.00 t=36,8, ps=68 уд/мин, АД=120/80 мм рт

ст. Состояние родильницы удовлетворительное, жалоб нет. Матка плотная,

кровянистые выделения умеренные. В 9.30 переведена в послеродовое

отделение. Молочные железы увеличены, мягкие, безболезненные, соски

без трещин. ВСДМ – на уровне пупка. Назначение: стол N 10, туалет наружных половых органов, анализ крови.

18.03.02 г. t=36,7, ps=70 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. ВСДМ – на 2 пальца ниже пупка. Назначение: стол N 10,

анализ мочи.

19.03.02 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. ВСДМ – на 3 пальца ниже пупка.

Назначение: стол N 10.

**ЭПИКРИЗ.**

Горовая Наталья Витальевна, 21 год, поступила 13.03.02 г. в 9.00 в

обсервационное отделение ГПЦ по поводу начала родовой

деятельности. На основании анамнеза: хронический пиелонефрит,

данных наружного акушерского исследования

(в дне матки располагается тазовый конец, спинка обращена к правой

стороне матки, ее передней стенке, головка предлежит ко входу в малый

таз); при аускультации сердечные тоны плода выслушиваются ниже пупка

справа; на основании данных УЗИ; на основании появления пастозности, а

затем отеков на нижних конечностях (с 36-37 недели) и патологической

прибавки веса (с 36 недели); а также на основании данных общего

анализа крови (Hb-90 г/л) поставлен следующий клинический диагноз:

Беременность, 39-40 недель, положение плода продольное,

предлежание головное, вторая позиция, передний вид. Гестоз I ст. на фоне хронического пиелонефрита. Анемия II ст. Ожирение II ст. Отягощённый акушерский анамнез. Кольпит.

Операция и пособия в родах: амниотомия, родовозбуждение окситоцин (5 ЕД), энзапрост (5 мг), разрывы клитора, 2 шва, осмотр шейки матки.

С 13.03.02 г. по 22.03.02 г. проведено лечение: по поводу

отёков - гипохлоридная диета; по поводу анемии

(железодефицитной) - гемостимулин и феррокаль. Результаты лечение

удовлетворительные. Роды вели через естественные родовые пути, для

профилактики кровотечения внутривенно ввели растворы глюкозы, кальция

хлорида и аскорбиновой кислоты, для стимулирования родовой

деятельности внутривенно капельно вводили окситоцин, энзапрост. Осложнение в

родах – разрыв клитора, наложено 2 кетгутовых шва. Родился живой мальчик вес – 3.700 кг, рост – 56 см. Оценка по шкале Апгар на 1 и 5 мин – 7 б.

Прогноз для жизни и здоровья благоприятный