### Паспортная часть

1. Ф.И.О:
2. Возраст: 28 лет
3. Место работы, проф. вредности:
4. Специальность:
5. Условия труда: удовлетворительные
6. Условия быта: нормальные
7. Домашний адрес:
8. Дата и время поступления:
9. Заключительный диагноз: Беременность 39 недель, продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, передний вид. Вторичная компенсированная ХФПН.
10. Дата курации:

**Жалобы.**

На момент поступления: отеки нижних конечностей до средней трети голени.

На момент курации: отеки нижних конечностей.

#### Anamnesis vitae.

1. Родилась 24 июля 1980 года, в полной семье, весом 3550 г.
2. Наследственность не отягощена
3. Перенесенные заболевания: эндометриоз в 2005 г; первичное бесплодие, ноябрь 2007 г проведена лапаротомия по поводу бесплодия (вид операции женщина не помнит)
4. Имеющиеся экстрагенитальные заболевания: НЦД по смешанному типу. Вирусные гепатиты, туберкулез, сифилис, ВИЧ – отрицает
5. Аллергическая реакция на эвкалипт в виде крапивницы
6. Вредные привычки: курение, алкоголь, употребление наркотиков - отрицает

#### Акушерско-гинекологический анамнез

I.) Менструальная функция.

1. Первая менструация в 11 лет, установилась в 26 лет.
2. Продолжительность до 26 лет – нерегулярные, болезненные. После 26 лет – регулярные, безболезненные, через 27 дней по 3 дня, умеренные, кровь жидкая, без сгустков.
3. Изменения менструальной функции с началом половой жизни не наблюдалось.

**II.) Половая функция**

1. Начало половой жизни с 15 лет.
2. Брак второй.
3. До 19 лет половая жизнь не регулярная, использовала барьерный метод контрацепции (презерватив), с 20 лет половая жизнь регулярная, методы контрацепции не использовала.
4. Муж:, 30 лет, здоров, вредные привычки: курит с 18 лет. Наследственных заболеваний нет.

**III.) Детородная функция**

1. Первая беременность (данная) наступила на 13 году половой жизни.
2. Всего беременностей: одна.

**IV.) Секреторная функция**

1. Характер выделений: слизистые, без запаха, скудные.
2. Появились в 33 недели.

**V.) Перенесенные гинекологические заболевания**

* 1. Первичное бесплодие до 2007 г, эндометриоз в 2005 г.

**Течение настоящей беременности до начала курации**

1. Дата начала последней менструации 17.12.2007 г, конец последней менструации 20.12.2007г.
2. Дата первого шевеления плода: 20 недель.
3. Течение первого триместра беременности: гестоз первой половины беременности, легкой степени в виде тошноты по утрам, извращение вкуса и запаха.
4. Течение второго триместра беременности: ХФПН смешанного генеза; проводимое лечение – оксигенотерапия, физиолечение, рибоксин, кавинтон, витаминотерапия.
5. Течение третьего триместра: компенсированная ХФПН смешанного генеза, гестоз второй половины беременности легкой степени тяжести в виде отеков нижних конечностей.
6. Дата первой явки в женскую консультацию 6 февраля в сроке 5-6 недель.
7. Посещение женской консультации 12 раз.
8. Физио-психопрофилактика не проводилась.
9. Дата предоставления дородового отпуска 25 июля 2008г, в сроке 30 недель.

#### Объективное исследование

1. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, самочувствие не страдает.
2. Телосложение: костно-мышечная система развита нормально, искривлений позвоночника нет, укорочений конечностей не наблюдается, анкилоза тазобедренного и коленного суставов не выявлено.
3. Конституция нормостенического типа.
4. Походка обычная.
5. Рост – 176 см.
6. Вес тела - 80 кг.
7. Пульс 78 уд/мин, артериальное давление: на правой руке 120/75 мм.рт.ст, на левой руке 125/80, температура 36,6 С.
8. Кожные покровы и слизистые бледно-розового цвета, умеренно влажные. Наблюдается гиперпигментация по белой линии живота, отеки нижних конечностей до средней трети голени умеренной выраженности.
9. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, при аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание по всем полям, ЧДД 18 в мин.
10. Работа ЖКТ без особенностей, мочеиспускание нормальное.
11. Группа крови А(I), Rh+.

#### Специальное акушерское исследование

1. Форма живота: продольно-овоидная.
2. Окружность живота: 102 см.
3. Высота стояния дна матки над лоном 36 см.
4. Размеры таза: Distantia spinarum - 25, Distantia cristarum – 28, Distantia trochanterica – 31, Conjugata externa – 22.
5. Ромб Михаэлиса правильный, диагональ 10 см, индекс Соловьева: 14 см.
6. Наружные акушерские исследования приемами Левицкого-Леопольда: с помощью первого приема определяется высота стояния дна матки, которая находится на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, при пальпации на дне матки определяется мягкая, округлая часть плода (таз); вторым приемом с левой стороны определяется плотная широкая изогнутая поверхность (спинка), с противоположной стороны пальпируются мелкие части плода; третьим приемом определяется предлежащая часть плотной округлой формы с отчетливыми контурами (головка), баллотирующей над входом в малый таз; четвертым приемом определяется предлежащая часть находящаяся над входом в малый таз.
7. Сердцебиение плода выслушивается на 2 см слева и книзи от пупка, ритмичное, 130 ударов, ясное.
8. Предполагаемый вес плода (по Жордания):

Р = ОЖ \* ВДМ = 102\*36 = 3700 г

##### Дополнительные исследования

1. Лабораторные методы исследования:

* общий анализ мочи (относительная плотность мочи, ее снижение говорит о тяжести гестоза, наличие белка в моче и количество его так же является показателем степени тяжести гестоза)
* анализ мочи по Зимницкому (никтурия, размах относительной плотности <10 в разных порциях, результат пробы Станичева <30 – все может служить для подтверждения диагноза поздний гестоз)
* клиничкский анализ крови (Ht, Hb, количество эритроцитов, цветовой показатель – позволяют выяснить наличие у пациентки анемии, а при ее наличии – тяжесть состояния; количество тромбоцитов и время кровотечения позволят оценить состояние системы гемостаза (при позднем гестозе велик риск развития ДВС-синдрома); количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула и СОЭ позволят диагностировать наличие воспалительного процесса)
* биохимический анализ крови (гипопротеинэмия – важный показатель позволяющий выявить поздний гестоз и оценить его тяжесть; количество билирубина и печеночные пробы позволят оценить функциональное состояние печени)
* анализ группы крови по системе АВ0 и Rh-фактору (необходимо на случай возможной гемотрансфузии, а также для исключения резус-конфликта).

1. Функциональные методы исследования:

* ЭКГ (позволит оценить состояние сердечно-сосудистой системы пациентки)
* КТГ (позволит оценить состояние плода и функциональное состояние матки)
* УЗИ (позволит оценить размеры таза матери, а так же состояние и размеры плода и плаценты)
* ДМ (характер кровотока в основных сосудах плода) .

1. Консультации специалистов:

* (для оценки степени тяжести гестоза путем оценки состояния сетчатки глаза и наличия миопатий)
* терапевта (для исключения экстрагенитальных заболеваний)

###### Клинический диагноз и его обоснование

На основании даты последней менструации рассчитываем предполагаемый срок беременности. Сначала рассчитываем по дате окончания последней менструации (20 декабря 2007 года), получается 39 неделя. Затем рассчитываем срок беременности по первому шевелению (у первородящей на 20 неделе), в данном случае первое шевеление плода женщина отметила 20 мая 2008 года (19-20 неделя беременности по менструации), поэтому срок беременности 39 неделя. По первой явке в женскую консультацию на основании данных акушерского исследования срок беременности 39 недель. Таким образом, можно поставить срок беременности 39 недель.

На основании данных наружного акушерского исследования по Леопольду-Левицкому можно определить, что плод имеет продольное положение, находится в головном предлежании, первой позиции, переднем виде позиции.

Поздний гестоз определяем на основании выявленных отеков голени до средней трети. Степень тяжести гестоза определяем по шкале Савельева: отеки периферические (1 балл), срок беременности 39 недель (1 балл). Итого - 2 балла - что соответствует легкой степени гестоза.

Поскольку больная страдает гестозом, то можно ожидать ухудшения течения ХФПН.

Таким образом, на основании выше перечисленного ставим клинический диагноз: беременность 39 недель, продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, передний вид. Гестоз второй половины беременности легкой степени тяжести, вторичная компенсированная ХФПН.

**План ведения**

**План ведения родов**

1. Роды проводить через естественные родовые пути с введением спазмолитиков и обезболивающих препаратов.
2. Профилактика слабости родовой деятельности в первом периоде родов (энзапрост) и втором периоде родов (окситоцин).
3. Профилактика кровотечения во втором и третьем периоде родов.
4. Профилактика внутриутробной гипоксии плода.

5). В родах контроль за продвижением головки и соответствие ее тазу матери.

**Прогноз родов**

1. По данным наружного акушерского исследования наружные размеры соответствуют норме, таким образом таз не является анатомически суженным. Однако, при наличии крупного плода все же возможно развитие клинически узкого таза. Для своевременной диагностики необходимо следить за моментом вставления головки и темпами ее продвижения по родовым путям.
2. При развитии клинически узкого таза и/или упорной слабости родовой деятельности в начале второго периода родов показано экстренное кесарево сечение.
3. Поскольку больная страдает поздним гестозом легкой степени тяжести необходимо следить за АД беременной. При повышении АД - относительная управляемая нормо- (гипо-) тония.