**1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.О:

2. Возраст:

3. Профессия, место работы: не работает

4. Место жительства:

5. Дата и час поступления:

6. Дата начала курации:

7. Направлена: женской консультацией.

2. **АНАМНЕЗ**

1. Жалобы при поступлении: на отеки на верхних и нижних конечностях, общую слабость

2.АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

родилась года в городе У в полной, благополучной, материально обеспеченной семье, третьим ребенком по счету. Физически и интеллектуально развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. С 7 лет пошла в школу, училась хорошо. Работать начала с 23 лет учителем начальных классов. Брак не зарегистрирован. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные: живет в благоустроенной квартире с родителями. Питание регулярное, разнообразное, высококалорийное. Вредных привычек не имеет.

3.НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ не отягощена, многоплодия у родителей и ближайших родственников не было.

4.ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ОБЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: хронический гастроэнтерит, ОРЗ. Туберкулез, гепатит, ЗППП, гемотрансфузии и травмы - отрицает

5.АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ: Поливалентная аллергия

6.МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ: начало менструации в 13 лет. Продолжительность цикла 30 дней (7 дней). Менструации регулярные, умеренные, безболезненные.

7.ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ: началась с 19 лет. Брак не зарегистрирован.

8.ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: хронический сальпингоофорит, эрозия шейки матки (лазеродеструкция 2004 г.)

9. РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ:

-Первая беременность в 2001 году, в сроке 8-9 недель – замершая беременность.

-Вторая беременность в 2003 году, в сроке 8-9 недель – замершая беременность.

-Третья беременность в 2004 году , в сроке 7-8 недель – самопроизвольный аборт.

После каждой беременности произведено лечебное выскабливание полости матки без осложнений.

10. НАСТОЯЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ четвертая по счету, желанная, брак не зарегистрирован.

11. ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

а) дата последней менструации: с 19 мая по 26 мая 2005 года.

б) течение первой половины беременности: на учет в женскую консультацию встала в 12 недель, в 17 недель угроза прерывания беременности, лечилась амбулаторно

в) дата первого шевеления плода: в 18 недель

г) течение второй половины беременности: в 28 недель угроза прерывания, водянка беременных, находилась на стационарном лечении.

Прибавка в весе за беременность +18 кг.

д) течение беременности с момента поступления в клинику до момента курации общее состояние улучшилось, отеки уменьшились.

3. **ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**А) ОБЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**1.Общее состояние:**

Рост 164 см

Вес 82,8 кг

Температура 36,5 С

Общее состояние больной относительно удовлетворительное, сознание ясное. Конституционный тип нормостенический. Выражение лица спокойное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, нормальной влажности. Пигментации и депигментации, кровоизлияния, трофические и сосудистые изменения на кожных покровах отсутствуют. Тургор кожи нормальный.

Видимые слизистые розового цвета, влажные, без высыпаний.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, безболезненная, отеки на верхних и нижних конечностях.

Периферические лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающей клетчаткой и между собой, при пальпации безболезненны.

Мышцы развиты удовлетворительно, тонус нормальный, безболезненны при ощупывании и движениях. Сила мышц удовлетворительная.

Кости при пальпации и ощупывании безболезненны , без деформаций, нормальной формы.

Суставы нормальной конфигурации, безболезненны при ощупывании, гиперемии и местного повышения температуры над суставами не отмечается. Движения в суставах безболезненны и осуществляются в полном объеме.

Щитовидная железа не увеличена.

Молочная железа мягкой консистенции, соски без патологических изменений.

**2.Система органов дыхания**.

Жалоб нет.

При осмотре. Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Обоняние сохранено. Осиплости голоса, болезненности при ощупывании области гортани не отмечается. Одышка не наблюдается.

Грудная клетка правильной формы, без деформаций. Эпигастральный угол соответствует нормостенической форме грудной клетки и равен 90 градусов. Ширина межреберных промежутков составляет 1,5 см. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Преобладает грудной тип дыхания. Ритм дыхания правильный. Частота дыхания 18 в минуту.

При пальпации грудной клетки болезненных участков не выявлено. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание одинаково с обеих сторон.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

При топографической перкуссии:

Верхняя граница легких:

Топографические линии справа слева

Спереди 4 см выше уровня ключицы 4 см выше уровня ключицы

Сзади на уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка

Ширина полей Кренинга - 4 см с обеих сторон.

Нижняя граница легких:

Топографические линии справа слева

-окологрудинная линия 5 межреберье -----

-среднеключичная линия 6 ребро -----

-передняя подмышечная 7 ребро 7 ребро

-средняя подмышечная 8 ребро 8 ребро

-задняя подмышечная 9 ребро 9 ребро

-лопаточная 10 ребро 10 ребро

-околопозвоночная на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка

Дыхательная экскурсия нижнего края легкого:

Топографические линии справа слева

-по среднеключичной линии 4 см --

-по средней подмышечной линии 5 см 5 см

-по лопаточной линии 5 см 5 см

Аускультация легких: над легкими определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

**3. Органы кровообращения**

При осмотре кожа физиологической окраски. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в области 5 межреберья на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Верхушечный толчок локализованный, резистентный, высота 0,5 см. Сердечный толчок отсутствует. Эпигастральной пульсации, дрожания в области сердца не отмечается. Болезненность и зоны гиперестезии в прекордиальной зоне при пальпации отсутствуют. Конечности не цианотичны, отеков нет.

При пальпации определяется слабая пульсация сосудов шеи. Видимой пульсации височных артерий, артерий конечностей и сосудов надчревной области не наблюдается. Пульс на левой и правой лучевых артериях симметричный, удовлетворительного наполнения, ритмичный, равномерный, умеренного напряжения и составляет 78 в минуту.

Перкуссия сердца

границы относительной тупости

- правая - 1см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье

- левая - на среднеключичной линии на уровне 5 межреберья

- верхняя - 3 межреберье

Поперечник области притупления 12 см.

Конфигурация сердца нормальная.

границы абсолютной тупости сердца

- правая - по левому краю грудины

- левая - 1-2 см кнутри от относительной тупости сердца

- верхняя - по нижнему краю 4 ребра

Поперечник области притупления 6 см.

Аускультация сердца. Тоны на верхушке и основании сердца звучные, ритмичные, частота сердечных сокращений 78 ударов в минуту. Шумы сердца отсутствуют. Артериальное давление на правой и левой руке 90/60 мм.рт.ст.

**4. Органы пищеварения.**

Осмотр полости рта. Язык нормальной величины и формы, суховат, обложен белым налетом. Зев розоватой окраски. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, влажная, поверхность гладкая. Миндалины не выступают за небные дужки. Десна бледно-розовой окраски. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба розовой окраски, высыпания и изъязвления отсутствуют. Зубы постоянные, санированы. Форма зубов ровная, правильная.

При осмотре живот шаровидной формы, симметричный. Стул оформлен, регулярен (1 раз в сутки).

**5. Органы мочевыделения.**

При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и средних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Болезненность отсутствует при надавливании на болевые почечные точки. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не выступает над лонным сочленением

Со стороны половой системы изменений нет.

**6. Нервная система и органы чувств.**

Сознание ясное. Ориентировка в пространстве, времени и собственной личности сохранена. Интеллект соответствует уровню развития и возрасту. В контакт вступает легко. Речь без дефектов. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено, память хорошая, мышление не нарушено. Настроение ровное, поведение адекватное. Сон не нарушен. Асимметричности мимической мускулатуры лица, языка не наблюдается. Дермографизм красный, нестойкий. Менингеальные симптомы отрицательные.

Обоняние, вкус, зрение, слух не нарушены.

**Б) СПЕЦИАЛЬНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

1.Размеры таза:

- Distantia spinarum - 27 см

- Distantia cristarum - 30 см

- Distantia trochanterica - 34 см

- Conjgata externa - 22 см

2. Ромб Михаэлиса 12 на 11

3. Индекс Соловьева 14 см

4.Высота стояния дна матки над лоном 37 см

5. Окружность живота 94 см

6. Предполагаемый вес плода по формуле:

- Жордания – М = ОЖ \* ВДМ = 94см \*37см = 3478 гр.

- Ланковицу – М = (ВДМ + ОЖ см +М женщины + рост см )\* 10 = (37см + 94см + 65,5кг + 164см)\*10 = 3505 гр.

- Джонсона – М = (ВДМ - 11)\*155 = (37см - 11)\*155 = 4030гр.

Положение плода продольное, позиция первая, передний вид, предлежащая часть головка, прижата ко входу в малый таз.

7. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту. Выслушивается слева ниже пупка.

8. Влагалищное исследование:

Показание: с целью оценки состояния родовых путей.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободно, шейка матки укорочена до 2 см, отклонена кзади, мягкая. Цервикальный канал свободно пропускает 1 палец. Уплотнений тканей нет. Диагональная коньюгата больше 11 см. Выделения из половых путей белые.

**В) ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАНТОВ.**

ОАК от 23.02.06

лейкоциты - 9,2 \* 109/л

эритроциты - 3,5\*1012/л

гемоглобин - 118 г/л

гематокрит – 35 %

тромбоциты - 230\* 109/л

Лейкоформула от 23.02.06

СОЭ - 38 мм/ч

Лимфоциты - 20

п/я - 9

с/я - 65

эозинофилы - 1

моноциты – 5

Б/х анализ крови от 23.02.06

билирубин – 17,4 мкмоль/л

общий белок – 74,2 г/л

глюкоза - 4,8 ммоль/л

мочевина – 4,5 мкмоль/л

Коагулограмма от 23.02.06

фибриноген – 3,7 г/л

фибриноген В – отр

этаноловый тест – отр

ПТИ – 96 %

Мазок на ст. чистоты от 14.02.06

Лейкоциты 5 – 6 в п.з., флора палочковая, II степень чистоты, «ключевые клетки» не обн

ОАМ от 23.02.06

цвет - соломенно-желтый

прозрачность - прозрачная

удельный вес -1018

реакция - нейтральная

белок - отр.

лейкоциты – 3-4 в п.з.

эпителий плоский единичный

**4. ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

**Диагноз при поступлении**: Беременность 38 - 39 недель, головное предлежание.

Осложнения**:** Водянка беременных на фоне РВНС по гипотоническому типу, хроническая гипоксия плода.

Сопутствующие: хронический гастроэнтерит, ОГА

**Диагноз клинический :** Беременность в 40 недель. Срочные роды в переднем виде затылочного предлежания.

Осложнения: Водянка беременных на фоне РВНС по гипотоническому типу, хроническая гипоксия плода, частичное плотное прикрепление последа

Сопутствующие: хронический гастроэнтерит, ОГА.

Название операций и пособий: ручное обследование полости матки, ручное отделение и выделение последа.

Диагноз поставлен на основании жалоб больной, данных анамнеза, результатов клинико-лабораторного исследования и заключений консультантов.

На наличие беременности указывают следующие достоверные признаки:

а) пальпирующиеся отдельные части плода (головка, спинка и мелкие части тела плода)

б) выслушиваются сердечные тоны плода – ясные, ритмичные, 140 уд\мин., наиболее отчетливо слышны слева, ниже пупка.

в) движения плода ощущаемые при обследовании, а также ощущаемые самой женщиной

Предполагаемый срок родов:

- по первому дню последней менструации:

- 19 мая 2005 года + 280 дней = предполагаемый срок родов – 23 февраля 2006

- 19 мая 2005 года – 3 месяца + 7 дней = предполагаемый срок родов - 26 февраля 2006г.

- по овуляции: от первого дня ожидавшейся менструации (не наступившей) – 14-16 дней + 273-274 дня = предполагаемый срок родов – 28 февраля

- по первому шевелению плода 4 октября 2005года + 5,5 акушерских месяцев – 23 февраля

Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция и передний вид подтверждается по данным наружного акушерского исследования: на дне матки располагается тазовый коней – крупная, не плотная, не округлая, не баллотирующая часть плода; спинка плода обращена к левой стороне матки, к ее передней стенке; головка прилежит ко входу в малый таз (пальпируется как плотная, округлая, баллотирующая часть плода). Сердечные тоны плода выслушиваются ниже пупка слева.

**5. ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ.**

- роды вести через естественные родовые пути, с применением спазмолитиков и анальгетиков

- мониторинговый контроль за состоянием плода в родах. Своевременное выявление и лечение хронической гипоксии плода в родах. Профилактика гипоксии плода через каждые 3 часа.

- следить за общим состоянием роженицы, АД, пульсом, температурой, характером схваток, началом потуг, излитием околоплодных вод, степень раскрытия маточного зева, вставлением головки плода, сердцебиением плода, своевременная коррекция при отклонении от нормы.

- профилактика кровотечения в родах в полном объеме

- в конце первого периода перевод в родзал и подготовку ко 2 периоду родов

- проведение 2 периода родов с соответствующим обезболиванием, с соблюдением всех правил асептики и антисептики, оказание пособий по защите промежности, своевременная эпизио – и перинеотомия.

- проведение необходимых мероприятий по первичной и вторичной обработке новорожденного.

- профилактика послеродовой инфекции в родах

- при ухудшении состояния женщины или плода, отклонении от нормального течения беременности своевременно решить вопрос об операции.

**6. ТЕЧЕНИЕ РОДОВ.**

**Ведение родов в период раскрытия:**

Уход за роженицей в первом периоде родов заключается в обмывании наружных половых органов через каждые 6 часов и, кроме того, после акта дефекации и перед влагалищным исследованием. С этой целью применяют 0,5% раствор перманганата калия в кипяченой воде. Роженица должна иметь индивидуальное судно, которое после каждого использования тщательно дезинфицируют. В период раскрытия шейки матки проводится тщательное наблюдение за общим состоянием роженицы, характером родовой деятельности, состоянием матки, раскрытием шейки матки, продвижением головки.

* Схватки начались 23.02.06 в 03.00. схватки умеренные через каждые 20 минут по 60-70 секунд. Матка возбудима, головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ритмичное, приглушенно 140 уд. в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края мягкие, податливые, раскрытие -3 см, головка прижата ко входу в малый таз, плодный пузырь цел, выделения слизистые. 23.02.06 5.00. схватки хорошей силы через 7-8 минут по 70 -80 сек. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 140 уд\мин. 23. 02. 06. 7.00 схватки хорошей силы через 4-5 минут по 70 -80 сек. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 140 уд\мин.

**Ведение родов в периоде изгнания.**

* В 9.15 начались потуги, повторяются через 50 секунд по 80 секунд, головка плода на тазовом дне, сердцебиение приглушено, ритмичное, 140 уд/мин. Женщина из предродовой переведена в родовой зал. В 9.25 головка плода врезывается, сердцебиение приглушено, ритмичное, 140 уд/мин. Потуги через 40 секунд по 90 секунд. В 9.35 произошли срочные роды в переднем виде затылочного предлежания, родилась живая доношенная девочка, массой 3 кг 160 гр, длиной 49 см, окружность головы – 33 см, окружность грудной клетки – 32 см. оценка по шкале Апгар сразу при рождении – 7 баллов, через 5 минут – 7 баллов.

Пуповина пересечена между 2 зажимами. Ребенок передан неонатологу. Первичный туалет новорожденного: родившегося ребенка помещают на обеззараженный, согретый и покрытый стерильной пеленкой лоток, который кладут между согнутыми и разведенными ногами матери на одном с ней уровне. Ребенка обтирают стерильными салфетками. С целью профилактики гонобленореи – в глаза и вульву ребенка 3-х кратное закапывание 20% раствора альбуцида, и повторно через 2 часа. Обработка глаз ребенка: протирают веки от наружного угла к внутреннему сухим , ватным тампоном, затем приподнимают верхнее и нижнее веко, слегка оттягивая верхнее кверху а нижнее книзу , капают на слизистую оболочку нижней переходной складки 1 каплю раствора.

На пуповину, предварительно обработав ее дезинфицирующим раствором (0.5 % раствором хлоргексидина глюконата 70 % этиловом спирте) , после прекращения пульсации, отступя 10 см от пупочного кольца, накладывают зажим. Второй зажим накладывают, отступя 2 см от первого. Участок между зажимами обрабатывают повторно, после чего пуповину пересекают. Ребенка помещают в стерильных пеленках на пеленальный столик, подогреваемый специальной лампой, после чего его осматривает неонатолог. Остаток пуповины со стороны ребенка протирают стерильным тампоном, смоченным в 0.5 % растворе хлоргексидина глюконата в 70 % этиловом спирте, затем пуповину отжимают между большим и указательным пальцами. В специальные стерильные щипцы вкладывают стерильную металлическую скобку Роговина и накладывают ее на пуповину, отступя 0,5 см от кожного края пупочного кольца. Щипцы со скобкой смыкают до их защемления. Остаток пуповины отрезают на 0.5-0.7 см выше края скобки. Пупочную рану обрабатывают раствором 5 % калия перманганата. Обработку кожных покровов новорожденного проводят стерильным ватным тампоном или одноразовой бумажной салфеткой, смоченной стерильным растительным или вазелиновым маслом из индивидуального флакона разового пользования. Удаляют сыровидную смазку и остатки крови.

Из материнского конца пуповины взята кровь в 2 пробирки на анализы.

Произведена катетеризация мочевого пузыря – выпущено 100 мл мочи

Во втором периоде родов необходимо наблюдение за общим состоянием роженицы, характером родовой деятельности, состоянием матки и плода, продвижением его по родовому каналу. Роды принимают на специальной кровати в положении роженицы на спине, с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и разведенными в стороны.

Первый момент - профилактика преждевременного разгибания головки. Для этого акушерка кладет левую руку на лонное сочленение и прорезывающуюся головку. При этом ладонные поверхности плотно прилегающих к друг другу 4х пальцев левой руки располагаются плашмя на головке, бережно задерживая ее разгибание и быстрое продвижение. Сгибание головки осуществляется до тех пор, пока подзатылочная ямка не подойдет под лонное сочленение и не образуется точка фиксации.

Второй момент - уменьшение напряжения тканей промежности. Делается одновременно с задержкой преждевременного разгибания головки. Правую руку ладонной поверхностью кладут на промежность таким образом, чтобы 4 пальца плотно прилегали к области левой, а максимально отведенный палец - к области правой половой губы. Складка между большим и указательным пальцами располагается над ладьевидной ямкой промежности. Осторожно надавливая кончиками всех пальцев на мягкие ткани вдоль больших половых губ, низводят их книзу, к промежности, уменьшая при этом ее напряжение. Одновременно ладонь правой руки бережно придавливает к прорезывающейся головке ткани промежности, поддерживая их.

Третий момент - регулирование потуг. Необходимо регулировать потуги: выключать или ослаблять их, когда это необходимо. Для этого роженице предлагают глубоко и часто дышать открытым ртом. В таком состоянии потужная деятельность невозможна. В это время обеими руками задерживают продвижение головки до окончания потуги. После окончания потуги правой рукой соскальзывающими движениями снимают ткани с личика плода. Левой же рукой в это время медленно поднимают головку кпереди, разгибая ее. При необходимости роженице предлагают произвольно потужится с силой, достаточной для полного выведения головки из половой щели.

Четвертый момент - освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода. После рождения головки совершается последний момент механизма родов - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головы. Для этого роженице предлагают потужиться. Во время потуги головка поворачивается лицом к правому бедру. Возможно при этом самостоятельное рождение плечиков. Если этого не происходит, то ладонями захватывают головку за височно-щечные области и осуществляют тракции кзади до тех пор, пока треть переднего плечика не подойдет под лонное сочленение. После того как плечико подведено под лоно, левой рукой захватывают головку, приподнимая ее вверх, а правой рукой сдвигают ткани промежности с заднего плечика, выводя последнее. После рождения плечевого пояса в подмышечные впадины со стороны спины вводят указательные пальцы обеих рук и туловище приподнимают кверху, соответственно проводной оси таза. Это способствует бережному и быстрому рождению плода. Освобождение плечевого пояса необходимо произвести очень бережно, не растягивая чрезмерно шейный отдел позвоночника плода, поскольку при этом возможны травмы этого отдела.

В тех случаях, когда возникает угроза разрыва промежности, производят ее рассечение - перинеотомию или срединную эпизиотомию.

**Ведение последового периода.**

Через 30 минут признаков отделения и выделения последа нет.Показана операция ручного обследования полости матки, ручное отделение и выделение последа.

**Протокол операции от 23.02.06 в 10.05**:

Под внутривенным наркозом в асептических условиях рука акушере введена в полость матки: плацента расположена по передней стенке матки, пилящими движениями произведено ручное отделение и выделение последа. Стенки матки ровные, гладкие, матка сократилась, плотная.

Плацента отправлена на гистологическое исследование.

Кровопотеря 250 мл.

Продолжительность родов:

- период раскрытия - 6 ч. 15 мин.

- период изгнания – 20 мин.

- последовый период – 30 мин.

Механизм отделения плаценты, выделение последа. В этот период происходят отслойка плаценты и оболочек от подлежащей маточной стенки и рождение последа. В течении нескольких минут после рождения плода матка находится в состоянии тонического сокращения. Дно матки при этом расположено обычно на уровне пупка. Появляющиеся вскоре выраженные ритмические сокращения матки называются последовыми схватками. Начиная с первой последовой схватки, отделяется плацента. Отделение плаценты происходит в губчатом слое отпадающей слизистой оболочки на месте ее прикрепления к маточной стенке. Плацента во время схватки практически не способна к сокращениям в отличие от плацентарной площадки, которая после изгнания плода и резкого уменьшения полости матки значительно уменьшается в размерах. Поэтому плацента приподнимается над плацентарной площадкой в виде складки или бугра, что ведет к нарушению связи между ними и к разрыву маточно-плацентарных сосудов. Изливающаяся при этом кровь образует ретроплацентарную гематому, представляющую собой скопление крови между плацентой и стенкой матки. Гематома способствует дальнейшей отслойке плаценты, которая выпячивается в сторону полости матки. Сокращения матки и увеличение ретроплацентарной гематомы вместе с силой тяжести плаценты, тянущей ее вниз, приводит к окончательной отслойке плаценты от стенки матки. Плацента вместе с оболочками опускается вниз и при потуге рождается из родовых путей, вывернутая наружу своей плодовой поверхностью, покрытая водной оболочкой-выделение последа по **Шультце**.

* Данные осмотра родовых путей : родовые пути осмотрены в зеркалах, целы.

Течение раннего послеродового периода: состояние удовлетворительное, температура 36.7 , пульс 68 уд. в мин., АД=120/80 мм рт ст, жалоб нет. Матка в тонусе, выделения кровянистые умеренные.

**ЭПИКРИЗ.**

по направлению женской консультации. В родильном доме находится с 13.02.06.

**Диагноз при поступлении**: Беременность 38 – 39 недель. Головное предлежание.

Осложнения: Водянка беременных на фоне РВНС по гипотоническому типу, хроническая гипоксия плода.

Сопутствующие: Хронический гастроэнтерит. ОГА.

Проведено лечение гестоза с положительной динамикой. 23.02.06. произошли срочные роды.

После проведенных клинико-лабораторных исследований был поставлен окончательный диагноз:

**Диагноз клинический**: беременность 40 недель. Срочные роды в переднем виде затылочного предлежания.

Осложнения: Водянка беременных на фоне РВНС по гипотоническому типу, хроническая гипоксия плода, частичное плотное прикрепление последа.

Сопутствующие: Хронический гастроэнтерит. ОГА.

Название операций и пособий: ручное обследование полости матки, ручное отделение и выделение последа.

Выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача в женской консультации.

Рекомендации:

1 явка в женскую консультацию через 2 недели

2 контрацепция ( половая жизнь через 2 месяца, контрацепция через 1,5 месяца)

3 гигиена послеродового периода

4. профилактика мастита

5. флюорография

**Список используемой литературы:**

- Акушерство: учебник под редакцией Савельевой Г.М. – М. медицина 2000 г.

- Лекции по акушерству

- Руководство по написанию «Истории родов»