Паспортная часть.

ФАМИЛИЯ:

ИМЯ:

ОТЧЕСТВО:

ВОЗРАСТ: 24 года

ПРОФЕССИЯ:

МЕСТО РАБОТЫ:

АДРЕС:

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ:

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Замужем.

МУЖ:

Направлена врачом женской консультации.

ЖАЛОБЫ

При поступлении: жалоб нет. На момент курации: жалоб нет.

ТЕЧЕНИЕ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Первая половина беременности до 4 месяца сопровождалась токсикозом (тошнота, рвота, слабость). На 33 неделе было сделано УЗИ плода, был поставлен диагноз: плацентарная недостаточность, стадия субкомпенсации, гипертрофия плаценты. После этого женщина была госпитализирована на 10 дней.. В стационаре больная получала эссенциале-форте по 1 капсуле 3 раза в день; актовегин 80,0 на физ. растворе в/в кап.; кокарбоксилаза 100мл. в/в;;эуфиллин по 1. таблетке 2 раза в день; витамин Е три раза в день по 1 капсуле; поливитамины, но-шпа, гентомецин, тималин, ортофен. На 35 неделе женщина была выписана с диагнозом: прогрессирующая беременность 35 недель. На учете в женской консультации с 9 недели беременности, посещает ее регулярно (1 р. в 2 недели).

Группа риска при взятии на учет: по инфекции (обострение хронического пиелонефрита). Прошла все необходимые обследования. За время беременности прибавила 8кг.

Дата последней менструации: 8 августа 2007.

Дата первого шевеления плода: не помнит.

Предположительный срок родов: 18.05.2008г.

ANAMNESIS VITAE

1, Наследственность.

Беременность у матери протекала без осложнений. Многоплодия у родителей и ближайших родственников не было. Сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, пороками развития никто из ближайших родственников не страдает.

2. Анамнез жизни.

Родилась первым, единственным ребенком в семье служащих. Развивалась в соответствии с паспортным возрастом. В школу пошла с 7 лет. Образование средне-техническое. Наличие профессиональных вредностей. Условия быта удовлетворительные: живет в благоустроенной квартире с мужем. Не курит, алкоголь не употребляет. Перенесенные общие заболевания: Простудные заболевания, хронический пиелонефрит. Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Переливаний крови не было. Муж - здоров. Профессиональных вредностей нет.

Менструальная функция: менструации с 13 лет, установились сразу, продолжительность по 5 дней, цикл 28 дней, умеренные, болезненность в 1 -й день.

Половая жизнь: началась с 18 лет, состоит в первом браке, брак регистрирован, длительность 2 года, возраст мужа 22 года, здоров.

Репродуктивная функция: В 2007г. данная беременность. Секреторная функция: во время беременности периодически выделения из влагалища: слизистые, прозрачные, без запаха.

STATUS **PRAESENS**

Общее состояние: Удовлетворительное. Положение в постели: активное. Сознание: Ясное. Телосложение: Правильное, нормостеническое.

а) Рост: 165

б) Вес: 72 кг (было 65 кг.)

в) Питание: Удовлетворительное

Кожные покровы: Чистые, сухие, окраска бледная. Видимые слизистые: Чистые. Подкожная клетчатка: Развита умеренно. Отеки: не наблюдаются. Лимфоузлы, щитовидная железа: не увеличены. Мышечная система: Достаточно

развита. Костно-суставная система: Видимой патологии не обнаружено. Молочные железы без патологии.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Дыхание через нос: Свободное. Миндалины: Чистые, не увеличенные. Перкуторно: Звук ясный легочный. Аускультативно: Дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. Голосовое дрожание не изменено.

Осмотр грудной клетки

а) форма: Коническая

б) положение лопаток, ключиц: Нормальное

в) состояние позвоночника: Без видимой патологии

г) выраженность над- и подключичных ямок: Хорошо

д) направление хода ребер: Умеренно косой

е) состояние межреберных промежутков: Не расширены

ж) эпигастральный угол: примерно 85°

з) участие мускулатуры в акте дыхания: Нет
и) тип дыхания: Смешанный

к) симметричность дыхания: Симметрично с обеих сторон л) частота, характер, глубина, ритм дыхания: Глубокое 18 в'

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Осмотр: Область сердца без видимой патологии. Пульсация шейных сосудов: Отсутствует

**Эпигастральная** пульсация: Отсутствует. Систолическое **и** диастолическое дрожание: Отсутствует. Верхушечный толчок в V межреберье по L. Medioclavicularis

АУСКУЛЪТАЦИЯ СЕРДЦА

Ритм сердца: Правильный, тоны сердца не именены. Артериальное давление: 100\70тт.рт.ст. на левой и 100X70 мм.рт.ст. на правой руке.

Пульс: 76 ударов в **минуту**

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Язык обычных размеров, чистый, влажный, сосочки хорошо выражены. Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, пупок втянут, обе

половины живота симметрично участвуют в акте дыхания. При пальпации живот

мягкий, безболезненный Расхождения прямых мышц живота нет. Никаких образований нет. Стул в **норме.**

Печень не пальпировалась. Размер печени по Курлову: не проводилось. Желчный пузырь и селезенка не пальпировались.

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

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

слуховой, вкусовой анализаторы - без патологии.

АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий б/болезненный, пупок выступает. Тонус матки нормальный, состояние мышц брюшного пресса в норме, окружность живота 91 см, высота стояния матки над лоном 31 см. Приемы **Леопольда:** 1-й прием: цель-определение высоты стояния дна матки (31 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 -первая 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 (высоко над входом в малый таз). Положение плода продольное, плод находится в первой позиции, в переднем виде. Предлежание плода головное, предлежит головка плода. Головка плода высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается слева, на уровне пупка, сердечные тоны плода приглушены, ритмичные, 138 уд/мин. Размеры таза.

Distantia spinaram - расстояние между передними верхними остями подвздошных костей, норма-25-26 см. У роженицы - 25 см. Distantia cristamm - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей, норма-28-29 см. У роженицы -28 см.

Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами бедренных костей, норма-30-31 см. У роженицы - 29 см. Conjugata externa - прямой размер таза, от середины верхненаружного края лобкового симфиза до надкрестцовой ямки, норма-20-21 см. У роженицы - 20 см.

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** задневерхним остям подвздошных костей; нижний-верхушке

крестца; сверху и снаружи ромб ограничивается выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи - выступами ягодичных мышц. Норма- **10x10** см или **11x11** см.

У роженицы - 10x10 см.

3. Индекс Соловьева - окружность **лучезапястного** сустава,

позволяющая судить о толндине костей таза, **в** норме-14 см и меньше.

ВНУТРЕННЕ ОКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Наружные половые органы развиты правильно.

Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища в норме. Шейка матки без дефекта эпителия. Влагалище достаточной емкости. Вход во влагалище свободный. Влагалище слепое. Шейка матки по проводной оси малого таза, **сформирована.маточный** зев закрыт. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода. Мыс не достижим. Деформаций костей таза нет. Осмотр per rectum свободно.

**ПРЕДВОРИТЕЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании анамнеза и объективных данных можно поставить предварительный диагноз: беременность вторая 34 недели осложненное течение беременности, наличие **экстрагенетальной** патологии (обострение хронического пиелонефрита) и наличие фетоплацентарной недостаточности, в стадии субкомпенсации.

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Клинический анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. **Коагулограмма.**
4. Исследование на групповую принадлежность и резус фактор.
5. Анализ крови на RW, СПИД.
6. Анализ мочи общий.
7. Бактериальный анализ мочи.
8. Анализ выделений из влагалища.
9. УЗИ диагностика с определением биофизического профиля плода. 10.Консультация терапевта.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИИ

1. Клинический анализ крови:

|  |  |
| --- | --- |
| Гемоглобин | 106 г/л |
| Эритроциты | *ТА* 1012 л |
| Цвлоказат. | 0,9 |
| СОЭ | 47 мл/час |
| Лейкоциты | 7,2 1012 л |
| Палочкоядерыы | 2 |
| Сегментоядерные 72 |
| Лимфоциты | 18 19 |

%

2. БАК,

Билирубин прямой 8МЕ

Мочевина 3,6

К 4,15 ммоль/литр

Na 13,5

AC AT 0,3 ммоль/литр

АЛАТ 0,33ммоль/литр

Тимоловая проба ЗСН

3. Коагулограмма.
ПТИ 84% "

Фибриноген 3,11 г/литр Тромботест 4

4. A(I),Rh +

5. RW отриц., ВИЧ отриц.

6. Анализ мочи общий,
Цвет - Светло-желтый
Удельный вес =1018
белок следы

сахар - отр.
лейкоциты 15 \* 10 /л
соли нет

эпителий плоский немного

7. Бактериальный анализ мочи.

Обнаружен рост Е.соli

8. Анализ выделений из влагалища, мазок - лимфоциты 5 - 7 в поле зрения, гонококки, трихомонады не обнаружены, признаков клеточного атипизма нет.

9. УЗИ диагностика с определением биофизического профиля плода.

Имеется один плод в головном предлежании. Предлежащая часть - головка, расположена высоко над входом в малый таз.

Сердечная деятельность определяется, плацента расположена по передней стенке матки.

Заключение: Плод соответствует 34 неделям беременности. Пороков не обнаружено. Плацентарная недостаточность стадия **субконпенсации,** гипертрофия плаценты. Биофизический профиль плода 9 баллов (норма), Ю.Консультация терапевта.

Обострение хронического пиелонефрита,

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ:

Роды вести через естественные родовые пути с возможным пересмотром, в сторону кесарева сечения: а

Роды вести через естественные родовые пути на фоне спазмолитиков (ношпа по 2мл в/в или в/м.

Адекватное обезболивание в родах. Следить за развитием родовой

деятельности. При слабости родовой деятельности своевременно решить

вопрос о **родостимуляции** (**окситацин)**. В первом периоде родов провести

профилактику гипоксии плода(**оксигенотерапия** 60% увлажненным

кислородом через маску 15 минут от 2-х до 6-ти раз, за 24 часа, введение

кокарбоксилазы и октавегина).

РОДЫ И ИХ ТЕЧЕНИЕ

1. Период раскрытия. Родовая деятельность началась 18.05.2008г. в 7 час.00 мин. Состояние удовлетворительное, пульс 72 в мин., АД- 100/60 мм рт ст, поведение спокойное. Назначено: **но-шпа** 2мл в/м, **оксигенотерапия(**60% кислорода через маску 15минут). Предшествующие 2 ночи спала плохо, схватки отсутствуют, тянущие боли в пояснице и в низу живота. Матка правильной формы, безболезненная во всех отделах, возбудима при пальпации, головка плода прилежит ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена до 1,5 см края маточного зева стали более растяжимыми, открытие-4 см, плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Мыс не достижим. Подтекают околоплодные воды, светлые, в незначительном количестве. Сердцебиение плода **приглушено,** ритмичное, 135 уд/мин. В 10 час 00 мин дан наркоз в качестве предоставления медикаментозного сна и отдыха.

12 час 00 мин женщина проснулась.

Самочувствие нормальное, голова не болит, зрение ясное.

С целью усиления родовых сил начато в/в капельное введение 5 ЕД

**окситоцина** в 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия. В мышцу введено: раствор глюкозы 40%-20,0 и **кокарбоксилаза-100,0.** В 14.00

усиление родовой деятельности, схватки через 3-4 мин по 30-35

сек. Назначено обезболивающее (промедол 2% 2 мл в/м) Головка плода прижата ко входу в малый таз, малый родничок

слева, сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 140 уд/мин.

Продолжается **в/в** ведение окситоцина.

2. Период изгнания;

В 14.45 начались потуги, повторяются через 3-4 мин по 40-45 сек, головка плода на тазовом дне, сердцебиение приглушено, ритмичное, 110 уд/мин. Женщина из предродовой переведена в родовой зал, продолжается введение окситоцина - 20 кап/мин.

15.00- головка плода врезывается, сердцебиение приглушено, ритмичное, 110 уд/мин. Потуги через 3-4 мин по 40-45 сек. В 15 час 30 мин благодаря правильно оказанному акушерскому пособию (1.препятствие преждевременному разгибанию головки и быстрому ее продвижению. 2. активная защита промежности. **З.регулировка** потуг. **4.выведение** головки из половой щели вне схватки. 5.выведение плечевого пояса и рождения туловища) родился живой доношенный мальчик, родился в головном предлежании, 2 позиции, переднем виде, массой 3 кг 200 г, длиной 50 см, родовых опухолей нет. Обвитая нет. Оценка по шкале Апгар: - 8 баллов.

3. Последовый период:

Через 15 мин самостоятельно отделился и родился послед, дольки целые, оболочки все, пуповина 60 см. Кровопотеря в родах - 150 мл. Данные осмотра родовых путей:

Родовые пути осмотрены в зеркалах, обнаружены трещины спайки губ наложено 3 **кетгутовых** шва произведена обработка йодом.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного нредлежания продольном положении 1-й позиции.

1-й момент - вставление головки плода во вход в малый таз (insertio capitis). У повторнородящих фиксация головки, то есть ее вставление, происходит в

течение родового акта.

При соприкосновении головки плода с плоскостью входа в таз сагиттальный шов устанавливается в одном из косых размеров плоскости входа в таз, чему способствует форма головки в виде овала, суживающегося в направлении лба и расширяющегося по направлению к затылку. Задний родничок обращен кпереди.

2-й момент - сгибание головки (flexio capitis). Изгоняющие силы через позвоночник действуют на головку, находящуюся в тесном контакте с

симфизом и мысом. Затылок опускается в малый таз, подбородок прижимается к груди. К концу процесса сгибания головка плотно фиксируется во входе в таз, а задний (малый) родничок располагается ниже безымянной линии.

3-й момент - крестцовая ротация (rotatio sacral is). Г'оловка плода остается фиксированной на двух основных точках у симфиза и мыса. Крестцовая ротация представляет собой маятникообразное движение головки с попеременным отклонением сагиттального шва то ближе к лобку, то ближе к мысу. В крестцовой ротации можно выделить 3 этапа: 1 - опускание передней и задержка задней теменной кости; 2) соскальзывание задней теменной кости с мыса; 3) опускание головки в полость малого таза.

4-й момент - внутренний поворот головки (и capitis interna). Происходит в полости малого таза: начинается при из широкой части в узкую и заканчивается на тазовом дне. Поворот обусловливается следующими факторами: 1) формой и размерами родового канала, имеющего вид усеченной пирамиды, суженной частью обращенной книзу, с преобладанием прямых размеров над поперечными; 2) формой головки, суживающейся в направлении лобных бугров и имеющей "выпуклые" поверхности - теменные бугры.

5-й момент - разгибание головки (deflexio capitis) совершается в плоскости выхода из малого таза, т. е. на тазовом дне. После завершения внутреннего поворота головка плода подходит под нижний) симфиза подзатылочной ямкой, которая является точкой фиксации. Вокруг этой точки головка совершает разгибание. Степень разгибания ранее согнутой головки соответствует углу в 120 - 1300. Совершив разгибание, головка рождается самым благоприятным малым косым размером, равным 9,5 см, и окружностью, равной 32 см.

6-й момент - внутренний поворот туловища и наружный поворот головки.

После разгибании головки, плечики плода переходят из широкой части малого таза в узкую, стремясь занять максимальный размер этой плоскости и плоскости выхода.

Плечики совершают внутренний поворот, последовательно переходя из поперечного в косой, а затем в прямой размер плоскостей малого таза. Внутренний поворот плечиков передается родившейся головке, которая совершает наружный поворот. Наружный поворот головки соответствует позиции плода. При первой позиции поворот осуществляется затылком влево, личиком вправо. При второй позиции затылок поворачивается вправо, личико -к левому бедру матери.

7-й момент - выхождение туловища и всего тела плода **(expulsio trunci** et corporis totales). Под симфизом устанавливается переднее плечико. Ниже головки плечевой кости (на границе верхней **и** средней третей плечевой кости) образуется точка фиксации. Туловище плода сгибается в **пояснично-грудном** отделе, и первым рождается заднее плечико и задняя ручка. После этого из-под лобка выкатываются (рождаются) переднее плечико и передняя ручка и без всяких затруднений выходит все тело плода Головка плода, родившегося в переднем виде затылочного предлежащая, имеет долихоцефалическую форму за счет конфигурации **и** родовой опухоли. Родовая опухоль на головке плода образуется за счет **серозно-кровянистого** пропитывания (венозный застой) мягких тканей ниже пояса соприкосновения головки с костным кольцом таза. При затылочном предлежании родовая опухоль располагается на головке ближе к ведущей точке - заднему (малому) родничку. По ее расположению можно распознать позицию плода, в которой протекали роды. При первой позиции родовая опухоль располагается на правой теменной кости ближе к малому родничку, при второй позиции - на левой теменной кости.

РЕЗЮМЕ РОДОВОГО АКТА,

18.05.2008Г. В 7ч 00 мин начались **схватки на** 39 недели беременности началась родовая деятельность, начались схватки. На протяжении первого периода родов подтекание околоплодных вод. 18.05.2008г. в 14ч 45 мин начались потуги. В 15 ч. 30 мин родился мальчик. 3.200кг. 50 см. оценка по шкале Апгар 8 балов в **15ч** 45 мин. Родился послед.

период раскрытия - 7час 45 мин

период изгнания - ЗОмин

последовый период - 15 мин физиологическая **кровопотеря** 150 мл.

осложнения; обнаружены трещины спайки **губ.** Операции : наложено 3 кетгутовых шва произведена обработка йодом.

11

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Беременность вторая 39 недель.

Отягощенный акушерский анамнез: первая беременность закончилась мертворождением.

Осложненное течение беременности: гестоз первой половины беременности, фетоплацентарная недостаточность в стадии субкомпенсации, обострение хронического пиелонефрита.

Вторые своевременные роды. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид.

Осложнение в родах: трещины слизистой спайки малых половых губ. Операции: ушивание трещин спайки кетгутовым швом.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Состояние удовлетворительное, 136,7, ps 86 уд/мин, АД 10 0/70 мм Hg, жалоб нет. Матка в тонусе, дно матки на 6 см ниже пупка, выделение кровянистые,

умеренные. В удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое акушерское отделение.

ТЕЧЕНИЕ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

19.05.2008г. в 10.00 t=36,8, ps=80 уд/мин, АД=110/80 мм ртст

Состояние родильницы удовлетворительное, жалоб нет. Матка плотная, дно на 14 см выше лона, кровянистые выделения умеренные. Молочные железы увеличены, мягкие, безболезненные, соски без трещин.

21.05.2008г. t=36,7, ps=81 уд/мин, АД=110/80 мм рт ст. Жалоб нет.

Состояние удовлетворительное, физиологические отправления в норме.

Сон не нарушен. Молочные железы увеличенные, мягкие, соски без трещин. Лохии сукровичные, умеренные.

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ И РЕЦЕПТЫ

1. Режим общий.
2. Стол №15
3. Клинический анализ крови.
4. Клинический анализ мочи.
5. Бак. анализ мочи,
6. Анализ выделений из влагалища.
7. Туалет наружных половых органов раствором **перманганата** калия.
8. ЛФК.

НАЗНАЧЕНИЯ

Rp.: Kaiii permanganates 0,1% - 500 ml.

D. S.: для туалета наружных половых органов.

Rp.: Sol.Actovegini 10%- 10ml.

D.t.d. № 10 in amp.

S.: содержимое ампулы развести в 200 мл из.раствора вводить в/в

кап. медленно для улучшения периферического кровообращения.

Rp.: Sol. Cocarboxyiasi 3ml

D.t.d. № 10 in amp.

S.: содержимое ампулы развести в 5 мл из.раствора вводить в/в

кап. медленно для улучшения периферического кровообращения.

Rp.: Tocopherol! acetatis lOOrng.

Rp.: Tab.Euphyilini 0,1 № 30.

S.: no 1 таб. внутрь. 2 раза в день, как сосудорасширяющее,

спазмолитическое средство.

Rp.: Gentamycini suifatis 4% 2ml

D.t.d, № 10 in amp,

S.: no 2 мл в\м 1р. д. При хроническом пиелонефрите для

устранения инфекции.

Rp.: Thymalini 10,0

D.t.d. № 10 in amp.

S.: содержимое флакона развести в 2 мл. из. Раствора в/м 1 р. день

как имуномодулятор.

Rp.: Tab. Ortopheni 0,025 № 10

D.S.:no одной таблетки внутрь 1р. день как противовоспалительное

средство.

Все перечисленные препараты были назначены беременной с 25.04.08 по 5.05.08г. в стационаре.

Во время родов было назначено юксигенотерапия, окситацин, промедол, но-шпа.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ **НОВОРОЖДЕНОГО**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Течение периода адаптации |
| 21.05.08гТемпература 37°Пульс. 78 уд/мин. | Общее состояние удовлетворительное. Кожа розового цвета, остаток пуповины усыхает хорошо. Патологических выделений из него нет; мочеиспускание свободное 5 раз в сутки. Стул меконий, ребенок активный, сосет активно, сердце: тоны звучные, ритмичные, шумов нет. Легкие: ясное везикулярное дыхание. Назначение: ввести вакцины БЦЖ, **2ТЕ,** |

**ЭПИКРИЗ**

\*\*\*\*\*\*\*\*\* 24 года, поступила 18.05.2008г. в 7.00 в Родильный дом №>3 г.Луганск по поводу начала родовой деятельности. На основании данных наружного акушерского исследования (в дне матки располагается тазовый конец, спинка обращена к левой стороне матки, ее передней стенке, головка предлежит ко входу в малый таз); при аускультации сердечные тоны плода выслушиваются ниже пупка слева; на основании данных УЗИ; на основании данных общего анализов крови и на основании анализов мочи поставлен следующий клинический диагноз:

Беременность, 39 недель, положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид. Обострение хронического пиелонефрита, **фетоплацентарная** недостаточность в стадии субкомпенсации.

Роды вели через естественные родовые пути, для профилактики гипоксии плода назначено оксигенотерапии, введение актовегина.

Для стимулирования родовой деятельности внутривенно капельно вводили окситоцин. Родился

мальчик 3200г. 50 см, мышечный тонус удовлетворительный, крик громкий. Кожа розовая. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Осложнения в родах -трещины спайки губ (наложено 3 кетгутовых шва).

Прогноз для жизни и здоровья матери и ребенка благоприятный.