Паспортная часть.

Ф. И.О.: …

Возраст: 29 лет

Место работы

Специальность:

Домашний адрес: ....

Дата и время поступления:

Заключительный диагноз: Доношенная беременность 40 недель. Крайне отягощённый акушерский анамнез. Продольное положение, тазовое предлежание, передний вид, первая позиция. Варикозная болезнь 2 класса, ХФПН компенсированная, без нарушения кровообращения.

Жалобы.

На момент поступления: На схваткообразные боли ноющего характера внизу живота, не интенсивные, длятся несколько секунд, с интервалом в несколько часов. Поступила на дородовую госпитализацию.

На момент курации: На схваткообразные боли ноющего характера внизу живота, не интенсивные, длятся несколько секунд, с интервалом в несколько часов. Поступила на дородовую госпитализацию.

Дополнительные жалобы по системам:

Система органов пищеварения: аппетит не снижен, тошноты, рвоты, и отрыжки не отмечает. Стул регулярный, оформленный.

Со стороны дыхательной системы больная жалоб не предъявляет. Носовое дыхание сохранено, кашля, насморка нет.

Со стороны мочеполовой системы жалоб нет. Мочеиспускание безболезненное, регулярное.

Сон не крепкий. Зрение, память, слух не снижены. Рефлексы живые. Патологических знаков нет.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: отеков нет, АД, ЧСС в пределах нормы, варикозная болезнь 2 класса.

Anamnesis vitae.

Родилась в 1978 году в г. …, в полной семье. Была единственным ребенком. Вес при рождении 3200 г, в возрасте матери 28 лет. Мать была беременна впервые. Социально-бытовые условия жизни удовлетворительные. Окончила 11 классов. После школы поступила в БПГУ. С 2001 года работает преподавателем физкультуры в МОУ СОШ, условия труда хорошие, питание регулярное, сбалансированное. Наследственность не отягощена, наследственных заболеваний у себя и у мужа отрицает.

Перенесённые заболевания: ОРЗ, ОРВИ.

Экстрагенитальная патология: варикозная болезнь 2 класса.

В детстве рахитом не болела. Аллергологический анамнез не отягощён. Операций, травм, гемотрансфузий не было. ВИЧ-инфецию, сифилис, гепатит, туберкулёз у себя и у мужа отрицает.

Вредных привычек не имеет.

Акушерско-гинекологический анамнез.

Менструальная функция:

Первая менструация в 15 лет, установилась примерно через 6 месяцев. Продолжительность 5 дней, в первые 2 дня обильные, затем умеренной интенсивности, кровь со сгустками. Периодичность 30 дней, ритмичные, болезненные.

С началом половой жизни менструация перестала быть болезненной.

Половая функция:

Половая жизнь началась в 18 лет. В настоящее время состоит во втором браке. Половая жизнь регулярная с 18 лет.

Способы контрацепции:

1 раз 5 лет назад принимала “Постинор”. В течение двух последних лет принимала гормональный препарат “Триквилар”. Так же муж использует презерватив. Муж здоров. Наследственность не отягощена.

Детородная функция:

Данная беременность третья за 11 лет половой жизни. Первая наступила на 3-м году половой жизни - в 2000 году (от первого мужа), закончилась самопроизвольным абортом на 28 неделе, без осложнений, было назначено физиолечение. Вторая беременность - на 7-м году половой жизни - в 2004 году (от второго мужа), закончилась замершей беременностью на 28 неделе, без осложнений, проведена родостимуляция простогландином F2альфа.

Осложнений постабортного периодов не наблюдалось.

Секреторная функция:

Беременная отмечает небольшое количество бесцветных выделений из половых путей, без запаха, жидковатой консистенции, которые появились во время беременности. Выделения непостоянные, которые женщина отмечала в первом триместре беременности. Появлялись преимущественно в дневное время, после сна, не ежедневные.

Перенесённые гинекологические заболевания: отрицает.

Течение настоящей беременности до начала курации.

Последняя менструация, со слов беременной, началась 2 мая 2007 г., закончилась 8 мая 2007г. Первое шевеление почувствовала в 18 недель.

Беременность запланированная. Первая явка в женскую консультацию за 4 месяца до беременности. Посещала ЖК регулярно: до 28 недель - 1 раз в 4 недели,1 раз в 2 недели до 36 недель,1 раз в неделю в последние дни беременности. Прошла 3 занятия физиопсихопрофилактики. Проведена полноценная прегравидарная подготовка. От дородовой госпитализации за 2 недели до предполагаемого срока родов отказалась.

Течение первого триместра беременности: ранний токсикоз I степени - однократная рвота в день, преимущественно по утрам, головокружение, гиперсаливация, раздражительность, пристрастие к острой пище.

Лечение: амбулаторное, под контролем динамики массы тела и повторных исследований мочи на ацетон.

Комплексная терапия рвоты включала:

общегигиенические мероприятия - лечебно-охранительный режим, фитотерапия, физиотерапия

Витаминотерапия

В сроке 26 недель роженица была госпитализирована в стационар, где проведено лечение:

1. Полноценная, сбалансированная, богатая витаминами диета.

2. Постельный режим.

3. Немедикаментозные методы воздействия.

4. Лекарственные средства, снижающие психоэмоциональное напряжение и расслабляющие гладкую мускулатуру тела матки: в качестве седативных средств на данном сроке применяли транквилизатор (реланиум). В качестве спазмолитиков использовали папаверин.

Течение второго и третьего триместра на фоне проводимой терапии протекало без осложнений.

Первое УЗИ было в 9 недель беременности. Заключение: по фетометрии плод соответствует 7-8 неделям.

Второе УЗИ в 19 недель беременности. Заключение: по фетометрии плод соответствует 17-18 неделям.

Третий скрининг в 33 недель беременности. Заключение: по фетометрии плод соответствует 33-34 неделям.

Дородовый отпуск был предоставлен в 31 неделю беременности.

Общая прибавка веса за всю беременность составила 18 кг. Патологическая прибавка веса обусловлена дефицитом массы тела до беременности. Изменений артериального давления не наблюдалось.

Status praesens communis.

Общее состояние беременной удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, поведение адекватное. Питание регулярное, сбалансированное. Походка обычная. Рост 168 см., вес 67 кг.

Телосложение правильное. Искривлений позвоночника нет. При осмотре и пальпации атрофии и гипертрофии мышц шеи, туловища и конечностей не выявлено. Деформаций костей и суставов не обнаружено. Суставы правильной конфигурации, кожа над ними не изменена, движения совершаются в полном объёме.

Кожные покровы физиологического цвета, без участков пигментации и депигментации. Тургор и эластичность кожи не изменены. Оволосение по женскому типу. Подкожно-жировая клетчатка умерено развита. Пупок сглажен.

Органы дыхания: ЧД - 21 в минуту. Дыхание ритмичное, грудного типа, носовое дыхание не изменено. Грудная клетка конической формы, межреберные промежутки имеют косое направление, шириной 1,5 см. Лопатки и ключицы расположены симметрично. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. При перкуссии определяется ясный легочной звук на симметричных участках. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: при осмотре деформаций в области сердца не выявлено, патологической и атипической пульсации нет. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1см. кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 1,5 см.2, высокий, сильный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Перкуторно определяется расширение границ сердца. При аускультации I и II тоны нормальной громкости, ясные, шумов нет. Пульс 75 в минуту, АД на правой руке 120/80 мм. рт. ст., АД на левой руке 120/80 мм. рт. ст.

Органы пищеварения: язык влажный, налёта нет. Слизистая ротовой полости розового цвета, изъязвлений нет. Желудок смещён кверху и кзади. Пальпация безболезненна. Петли кишечника смещены вверх, безболезненны, не урчат. При аускультации выявляется шум перистальтики кишечника. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Печень смещена вверх и кзади. Пальпация безболезненна, нижний край печени не выступает за край рёберной дуги.

Органы выделения: поясничная область симметрична, пальпация безболезненна. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Стул нормальный.

Нервная система: психических расстройств нет. Беременная ведёт себя адекватно, спокойно. Координация движений в конечностях не нарушена. Тремор рук и языка отсутствуют. Патологических рефлексов нет.

Группа крови: B (III)

Резус-принадлежность: Rh+

Специальное акушерское исследование.

Живот овоидной формы. Окружность живота, измеряемая на уровне пупка, 96 см.

Высота стояния дна матки над лоном. Её измерение производится сантиметровой лентой от верхушки лонного сочленения до дна матки. Дно матки поднимается до мечевидного отростка и рёберных дуг. Пупок сглажен. Высота 35 см.

Размеры таза.

Обычно измеряют четыре размера таза: три поперечных и один прямой.

Distantia spinarum – 26,5 см.

Distantia cristarum – 30,5 см.

Distantia trochanterica – 33 см.

Conjugata externa – 20 см.

Ромб Михаэлиса: вертикальный размер 11 см., горизонтальный 12 см. Ромб имеет правильную форму - таз нормальный.

Индекс Соловьёва – измерение сантиметровой лентой окружности лучезапястного сустава беременной. По нему можно судить о толщине костей таза. Индекс Соловьёва 15 см., что свидетельствует о нормальной толщине костей.

Наружные акушерские исследования приёмами Леопольда-Левицкого.

Первый приём - первым приёмом определяется часть плода, располагающаяся в дне матки. Это головка плода - в виде плотной округлой части, имеющей отчётливые контуры.

Второй приём - определяется продольное положение, первая позиция (спинка обращена к левой стенке матки), передний вид (спинка обращена кпереди).

Третий приём - служит для определения предлежащей части плода. Прощупывается тазовый конец - крупная, но менее плотная и менее округлая часть, чем головка.

Этим приёмом можно определить подвижность предлежащей части. Так как это тазовый конец плода– симптом баллотирования отсутствует.

Четвёртый приём (проводится только в период родов). Позволяет определить характер предлежащей части и её уровень стояния.

Сердцебиение плода.

Аускультацию живота беременной производят акушерским стетоскопом, который отличается от обычного широкой воронкой, которая прикладывается к обнажённому животу женщины.

Сердечные тоны плода прослушиваются в той стороне живота, куда обращена спинка плода ближе к головке. Поскольку у беременной тазовое предлежание, первая позиция, лучше выслушивать сердцебиение плода выше пупка слева. Так как передний вид, то прослушивать необходимо ближе к срединной линии живота. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, число ударов 145 в минуту.

Предполагаемый вес плода.

По Жорданиа:

вес доношенного плода = ОЖ \* ВДМ

вес доношенного плода = 99 \* 35 = 3465 грамм

Предварительный диагноз.

Доношенная беременность 40 недель. Крайне отягощённый акушерский анамнез. Продольное положение, тазовое предлежание, передний вид, первая позиция. Варикозная болезнь 2 класса, ХФПН компенсированная, без нарушения кровообращения.

Дополнительные исследования.

Общий анализ крови с формулой (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, токсическая зернистость нейтрофилов). БАК - содержание общего белка, билирубина, трансаминаз, глюкозы, креатинина.

Общий анализ мочи.

УЗИ, КТГ, ДП, БФП - оценка поведенческих реакций плода (7 баллов - сомнительный профиль)

Консультация терапевта.

Клинический диагноз и его обоснование.

Доношенная беременность 40 недель. Крайне отягощённый акушерский анамнез. Продольное положение, тазовое предлежание, передний вид, первая позиция. Варикозная болезнь 2 класса, ХФПН компенсированная, без нарушения кровообращения.

Во второй половине беременности появляются признаки, свидетельствующие о наличии плода в полости матки, - достоверные, или несомненные, признаки: при пальпации прощупываются части плода, ощущаются движения плода, при аускультации слышны ясные сердечные тоны плода.

При исследовании беременной приёмами Леопольда-Левицкого определяется продольное положение, тазовое предлежание, передний вид, первая позиция плода.

Срок беременности:

по дню последней менструации (2 мая 2007 г) - 40 недель;

по первому шевелению плода (18 неделя) - 40 недель;

по первой явке в женскую консультацию (8 неделя) срок 40 недель;

по первому УЗИ - в сроке 8 недель – 40 недель;

по мнению женщины – 40 недель.

Предполагаемый срок родов:

по дню последней менструации.

1-й день последней менструации (2 мая 2007г) – 3 месяца + 7 дней

9 февраля 2008г.;

по первой явке в ЖК - 40 недель.

по УЗИ - 40 недель.

по первому шевелению плода - 18 неделя – 40 недель.

по мнению женщины – 5 февраля 2008 г

Крайне отягощённый акушерский анамнез, так как женщина перенесла 2 медицинских аборта по поводу выкидыша и замершей беременности.

Хроническая ФПН, так как в сроке до 18-19 недель были признаки ЗВУР плода. Поскольку в последующем ЗВУР и гипоксия плода не выявлены (нет признаков внутриутробного страдания плода) - ХФПН компенсированная без нарушения кровообращения, что подтверждается УЗИ (фетометрией) и допплерометрией.

Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. Данную беременную можно выделить в группу риска по:

Невынашиванию

Кровотечению

Осложнению ГСИ

План ведения и прогноз родов.

Для матери и плода прогноз родов благоприятный.

Планируется проведение родов методом операции кесарево сечения по относительным показаниям:

Показания к операции:

- тазовое предлежание

- отягощенный акушерский анамнез

Условия:

- живой и жизнеспособный плод

- отсутствие инфицирования

Подготовка к операции.

При подготовке беременной к плановой операции кесарева сечения проводится подробное обследование, включающее исследование биохимических показателей крови, ЭКГ, определение группы крови и резус-фактора, исследование мазков на наличие гонококков, определение степени чистоты влагалища, осмотр терапевтом и по показаниям - осмотр другими специалистами, накануне и в день операции необходим осмотр анестезиологом. Кроме того, при подготовке к плановой операции кесарева сечения обязательно проводится комплексная оценка состояния плода (ультразвуковое исследование, кардиотокография). Во многих случаях перед операцией требуется проведение санации влагалища.

Для выполнения кесарева сечения необходимо также получить согласие матери на операцию.

До операции проводится комплекс гигиенических мероприятий: сбриваются волосы на лобке и животе, беременная или роженица моется в душе, опорожняется кишечник и мочевой пузырь.

Предоперационная медикаментозная подготовка проводится в следующих цепях:

достижение психического покоя и устранение страха (барбитураты, седуксен, реланиум)

предупреждение побочных влияний наркотических и анестезирующих средств, устранение нежелательных нейровегетативных реакций (атропин, метацин).

Профилактика и лечение некоторых осложнений беременности и родов, профилактика и лечение гипоксии плода.

В обеспечении операции учавствуют бригада хирургов (оператор и 2 ассистента), операционная сестра, анестезиолог, медицинская сестра-анестезистка, акушерка, врач-неонатолог.

На операционном столе необходимо выпустить мочу катетером, какая бы ни была уверенность в том, что мочевой пузырь пуст. Можно также ввести в пузырь постоянный резиновый катетер. Брюшная стенка на достаточной площади обрабатывается антисептическим раствором.

Ведение послеоперационного периода.

Первый день после операции.

Стол 0: минеральная вода и соки, но без содержание сахара. Режим постельный, но женщина должа переворачиваться сбоку на бок и садиться. К концу суток должна стоять рядом с кроватью (профилактика тромбоэмболических осложнений и пареза кишечника). Назначают антибиотики (ампициллин, гентамицин, нистатин). Ребенку назначают бифидум.

Инфузионная терапия: солевые растворы (ацесоль, хлосоль и т.д.). коллоидные растворы - реополиглюкин, гемодез - 2 флакона по 400 мл).

Обезболивание: однократное введение наркотического анальгетика, анальгин с димедролом.

Витамины парентерально.

Сокращающие средства: окситоцин капельно и внутримышечно 3 раза в день.

Анализ крови и анализ мочи.

Второй день после операции.

Режим 2, стол 1. Надо стоять рядом с кроватью, движения

Гипертоническая клизма, через 15 минут вводят питуитрин или прозерин подкожно.

Обезболивание: анальгин, димедрол.

Третий день после операции.

Стол 1, можно начинать кормить бульонами, протертыми овощами, можно кусочек мяса. Режим 2-3.

Антибиотики

витамины

сокращающие средства

очистительные клизмы

На 7 сутки снимают швы. На 11 сутки выписывают. На 10 сутки должно быть закрытие маточного зева.

Осложнения во время операции.

Синдром Мендельсона. Возникает в результате регургитации кислого содержимого желудка в дыхательные пути. При этом происходит развитие гиперергический пневмонит, нарушение альвеолярного эпителия, нарушение продукции сурфактанта. При этом быстро присоединяется ДВС синдром. Летальность при этом синдроме очень высока.

Синдром сдавления нижней полой вены. При сдавлении маткой нижней полой вены снижается венозный возврат к сердцу, снижается сердечный выброс, снижается АД, возникает коллапс.

Кровотечение во время операции. Причинами в данном случае будет гестоз (при котором уже имеется хроническая стадия ДВС-синдрома), патология свертывающей системы крови, задержка частей последа, гипотонические состояния матки. При гипотонических состояних необходимо проводить терапию утеротониками, при гестозе - инфузионная терапия. Если данные мероприятия неэффективны до объем операции необходимо расширить до экстирпации матки.

Повреждение мочевого пузыря - является наиболее серьезным осложнением, которое может произойти при вскрытии брюшной полости разрезом по Пфанненштилю.

Осложнения раннем послеоперационном периоде.

Кровотечение. Причиной его как правило является не тщательно выполненный гемостаз. Необходимо осторожное выскабливание полости матки на фоне утеротоников. Если мероприятия не эффективны то надо делать экстирпацию матки.

Парез кишечника - самый ранний признак перитонита. Необходимо вводить прозерин, делать гипертонические клизмы, препараты калия (перорально), компресс с эфиром на живот, раннее вставание после операции.

Нарушение функции мочеиспускания (задержка мочи).

Тромбоэмболические осложнения тромбоз возникают чаще у женщин с патологией сердечно-сосудистой системы, варриокозными расширениями вен, при коллагенозах, заболеваниях крови, шоке, гестозе. Может быть тромбоз вен нижних конечностей и вен таза. Может быть ТЭЛА (боли за грудиной, эйфория, кровохарканье, в худшем случае тахипное, глубокий обморок и смерть). Может быть эмболия околоплодными водами.

Инфекционные осложнения.

Рекомендации по контрацепции во время кормления грудью и в последующем:

ВМС.

Барьерные методы (презервативы, шеечные колпачки, влагалищная диафрагма).

Прерванный половой акт.

Химические(спермициды).

Ритмические (календарный, температурный).

Список литературы

1. Акушерство Э.К. Айламазян 2005г.

2. Акушерство-под редакцией Савельевой Г. М

3. Лекционный материал.