#### Паспортная часть

**Ф.И.О. роженицы**, ее возраст:, 33 года (27.11.1969)

**Профессия роженицы**:

**Дата поступления** (с указанием его часа): 7.04.2003 г., 17.05

**Диагноз при поступлении**: Беременность 38 недель, положение плода продольное, 1 позиция, передний вид, затылочное предлежание. Отеки беременных. ВСД по гипертоническому типу. Анемия. Хронический цистит, вне обострения. Хроническая герпетическая инфекция, ремиссия. Ринопатия беременных. Rh (-), без явлений сенсибилизации.

**Диагноз заключительный**: Роды 2, срочные. Плацентарная недостаточность, субкомпенсация. Гистационный пиелонефрит. Отеки беременных. ВСД по гипертоническому типу. Анемия. Хронический цистит, вне обострения. Хроническая герпетическая инфекция, ремиссия. Ринопатия беременных.

**Осложнения в родах:** Раннее излитие околоплодных вод, разрыв задней спайки.

**Оперативные вмешательства**: Амниоскопия

1. Время начала схваток: 17.04.03, 21.30

2. Время излития околоплодных вод, их количество, качество: 17.04.03, в 21.00, светлые, умеренные.

3. Время начала периода изгнания: 18.04.03 в 01.45

4. Ребенок родился (дата): 18.04.03 в 01.55, живой, головкой.

5. Пол, масса, рост новорожденного, его оценка по шкале Апгар: Вес-3380, рост-52 см, окружность головы-35 см, окружность груди-35 см. Апгар: 9-9

6. Продолжительность последового периода: 1 час 25 минут

7. Результат осмотра последа: Самостоятельно выделился через 5 минут, детское место 28\*25 см, с петрификациями, оболочки- светлые, пуповина- 88 см, не тугое однократное обвитие вокруг шеи плода.

8. Кровопотеря в родах: 50+50=100 мл

9. Продолжительность родов по периодам: Общая продолжительность- 04.30

 1 период- 04.15

 2 период- 10 минут

 3 период- 5 минут

**Жалобы.**

На момент поступления предъявляла жалобы на некоторое уменьшение шевеления плода в течении последней недели, примерно с 01.04.03; заложенность носа, без отделяемого-на протяжении всей беременности; отеки голеней.

**Anamnesis vitae.**

Родилась в городе Петрозаводске. Масса тела при рождении – 3.200 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)отрицает. Страдает ожирением I ст., ВСД по гипертоническому типу, хроническим циститом, хронической герпетической инфекцией. Отец ребенка: 35 лет, здоров. Курит, алкоголь не употребляет.

Многоплодия у близких родственников не отмечалось. Гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез спокоен. Не курит, алкоголь не употребляет.

**Акушерско-гинекологический анамнез**

**1.** **Менструальная функция:** начало менструаций с 13 лет, установились сразу. Характер менструального цикла: 28 по 3 дней, регулярно. Величина кровопотери: умеренные, безболезненные. Характер менструаций в течение последующей жизни не изменился.

**2. Половая функция**. Половую жизнь начала с 17 лет, вне брака, половая жизнь была регулярной. Замужем, брак 1, зарегистрирован. Через 5 лет после начала половой жизни наступила первая беременность. В течении 5 лет до 1 беременности применялся барьерный метод контрацепции (мужской презерватив). После начала половой жизни роженица отмечает появление хронического цистита.

**3. Гинекологические заболевания:** До 1 родов перенесла аднексит.

**4. Репродуктивная функция:** Общее количество беременностей - 5. На 5 году половой жизни наступила первая беременность. Первая беременность протекала без осложнений, в 1991 году завершилась родами на 40 неделе, роды протекали без осложнений, аномалии родовой деятельности, массивного кровотечения не было.Плод родился живым. Масса при рождении 3.800, рост- 53 см. Послеродовый период- без осложнений. Наличия акушерских операций (щипцы, кесарево сечение, вакуум экстракция плода) не было. До наступления следующих беременностей применялся барьерный метод контрацепции (мужской презерватив).Вторая, третья и четвертая беременности- артифициальные аборты на малых сроках. Осложнений аборта и послеабортного периода не было. Пятая беременность- настоящая.

**Течение настоящей беременности**

Дата последней менструации –20.06.02 г. Дата предполагаемого зачатия- 06.07.02 Первое шевеление плода- 10.10.02. Первая явка в женскую консультацию была в сроке 8-9 нед. беременности. С этого срока женскую консультацию посещала регулярно. Сроки посещения врача консультациив 1 и во 2 половину беременности соблюдала.

**Течение первой половины беременности**: Признаков раннего токсикоза беременности не отмечает. Заболевания, перенесенные в 1 половине беременности: Острый ринит- 8-9 недель, лечение симптоматическое; ОРВИ- в 17 недель, без лихорадки; дважды во 2 триместре обострение хронической герпетической инфекции, терапия ацикловиром, местно; обострение хронического цистита- в 23 недели, лечение растительными уросептиками, в течении 3 дней- амоксициллин (при посеве мочи- эпидермальный стафилококк). Прибавка веса в 1 половину беременности составила 7 кг. АД в течение 1 половины беременности 120-130/70-80. Анализы мочи-без патологии, признаков гестоза 1 половины беременности не обнаружено.

**Течение второй половины беременности** (до поступления в клинику). Признаки гестоза-В сроке 36-37 нед. появились отёки I ст., была назначена белково-растительная диета, разгрузочные дни один раз в неделю, также была назначена терапия растительными мочегонными средствами (почечный чай), витамины (токоферола ацетат, рутин, витамин С). Подъема АД во второй половине беременности не отмечается. Патологических изменений в результатах анализов не выявлено. Общая прибавка в весе за беременность составила 18

кг.Угрозы прерывания беременности не было. Отмечаются осложнения 2 половины беременности: Анемия 1 ст. Гистационный пиелонефрит. При лечении гистационного пиелонефрита использовались общие принципы терапии воспалительного процесса. **Назначено:** Щадящая диета с обильным кислым питьем, витаминотерапия, спазмолитики (Но-Шпа)-для улучшения оттока мочи. Для лечения анемии назначено: препараты железа, комплексная витаминотерапия. Кровотечений во время беременности не было. Выполнено УЗИ в 13, 24, 30 недели беременности- без патологии.

**Данные лабораторых исследований в конце беременности**:

 **Общий анализ крови: (07.04.03)**

СОЭ – 10 мм\час

Нв – 90 г\л

ЦП – 0.97

Эритроциты – 4.0 \* 1012/л

Лейкоциты – 7.4 \* 109/л

Палочкоядерные – 4

Сегментоядерные – 62

Лимфоциты – 31

Моноциты – 2

Тромбоциты – 252.000/мл

**Биохимический анализ крови: (08.04.03)**

Билирубин общ. – 11 мкмоль/л

Общ. белок – 62.2 г/л

Мочевина – 2.91 ммоль/л

**Коагулограмма от 08.04.03 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%

**Общий анализ мочи: (08.04.03)**

Цвет – соломенно-желтый

Удельный вес – 1,02

Белок – 0,099 г/л

Лейкоциты – 7-8

Эритроциты – 0-1

Соли – ураты.

**Общий анализ мочи: (17.04.03)**

Цвет – соломенно-желтый

Удельный вес – 1,02

Белок – 0,09 г/л

Лейкоциты – 6-7

Эритроциты – 0

**Ультразвуковое исследование: (08.04.03)**

**ФИО**: Киселёва Жанна Вадимовна, 33 года

Один плод в головном предлежании. Предлежащая часть: головка. Положение плода: продольное Сердечная деятельность определяется, ритмична. Длина бедренной кости пр. и лев. – 73. Длина плеча пр. и лев. – 70. Длина костей предплечья пр. и лев. – 68 Пуповина –однократное обвитие вокруг шеи. Толщина плаценты: 34 мм. Степень зрелости плаценты: 3. Количество околоплодных вод: нормальное. Лоно- 7 мм.

**Заключение:** Беременность 38 недель, однократное обвитие пуповины вокруг шеи.

**Ультразвуковое исследование: (14.04.03)**

Печень: Правая доля-119 мм, левая доля-82 мм. Паренхима печени без очаговых и диффузных изменений. Желчный пузырь в типичном месте 67\*26, правильной формы, стенки не уплотнены, не утолщены, содержит прозрачную желчь.

**Заключение:** УЗ- патологии нет.

**Исследование крови:** Rh(-), без явлений сенсибилизации; Группа крови 1(0)

**Офтальмолог:** Жалоб нет. Глазное дно без патологии

Психопрофилактическая подготовка к родам беременной проводилась, посетила 5 занятий. За время беременности госпитализаций не было. До начала курации в отделении патологии беременности родильного дома беременная не находилась.

### Объективное исследование

 ***Общее исследование***:

**Общее состояние** удовлетворительное, сознание ясное, вид беременной – спокойна. Рост – 169 см, масса – 78.5 кг, температура тела – 36,80 С. Телосложение правильное. Конституция гиперстеническая, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Кожа обычной влажности, эластичная, тургор тканей сохранён. 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. Варикозного расширения вен не выявлено. 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 120/70 до 130/80 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.

 ***Специальное акушерское исследование.***

**Данные осмотра:** Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены. Форма живота круглая. Наличие рубцов беременности, пигментации лица, белой линии и околососковых кружков. Пупок сглажен. Тип оволосения: женский.

Высота стояния дна матки-42 см. Окружность живота роженицы на уровне пупка-99мм.

По результатам этого измерения, вычисляется предполагаемая масса плода по нескольким формулам:

**1. Определение массы плода по формуле Джонсона:**

М = (ВДМ - 11) х 155\* где М - масса плода в граммах, ВДМ - высота стояния дна матки, 11 - условный коэффициент при массе роженицы до 90 кг, при массе роженицы больше 90 кг, этот коэффици­ент равен 12.

М= (42-11) х 155=4.805

**2. По формуле Ланковица:**

М = (ВДМ + окружность живота роженицы в см + масса рожени­цы в кг + рост роженицы в см) х 10.

М=(42+99+78.5+169)х 10=3.885

**3. По формуле Жорданиа:**

М = ВДМ см х окружность живота роженицы в см.

М= 42 х 99= 4.158

**УЗИ (заключение о предполагаемой массе плода):** 3.700-3.900

Наружное специальное акушерское исследование с помощью приемов Леопольда-Левицкого.

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

**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.

**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.

**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.

**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 определить затылок и подбородок, а также величину головки, плотность её костей, постепенное опускание головки в таз во время родов.

Наружное акушерское исследование с помощью 4-х приемов Ле­опольда-Левицкого позволяет определить: положение плода, его позицию, вид предлежания, отношение предлежащей части ко входу в малый таз, тип вставления головки (сгибательный, разгибательный). Пальпация матки при выполнении специальных приемов позво­ляет оценить тонус матки, ее возбудимость, составить представ­ление о количестве околоплодных вод (многоводие, маловодие).

**I прием. Цель его:**

1) определить высоту стояния дна матки по отношению к пупку и мечевидному отростку грудины, что позво­ляет судить о сроке беременности и родов.

2) определить крупную часть плода, находящегося в дне мат­ки, что позволяет судить о положении плода и его предлежании.

 3) При физиологических родах в дне матки определяется крупная, неправильной округлой формы, неравномерной консистен­ции часть плода - ягодички. Определение крупной части плода в дне матки указывает на продольное его положение, при определе­нии в дне матки ягодичек плода головка его находится над входом в малый таз. При подобной ситуации над входом в малый таз могут находиться ягодички плода только при наличии многоплодной бере­менности (это будут ягодички II плода).

**Результат исследования**: дно матки располагается на середине расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком, что указывает на доношенный срок беременности. В дне матки определяется крупная, неправильной округлой формы, неравномерной консистен­ции часть плода - ягодички.

**II прием. Цель его**:

1) определить положение плода, позицию, вид;

2) определить тонус матки, ее возбудимость;

3) соста­вить представление о количестве околоплодных вод (многоводие, маловодие, нормальное их количество).

**Результат исследования:**

1) Продольное положение плода (с длинником матки совпадает длинник плода). 1 позиция (у левой боковой стенки матки пальпируется спинка в виде широкой, гладкой, слегка изогнутой площадки). С противоположной стороны пальпируются мелкие части плода в виде подвижных бугорков или двух косолежащих валиков. Передний вид.

2) При пальпации возникают короткие, малоинтенсивные сокращения матки (хорошая возбудимость матки)

3) Нормальном количество околоплодных вод (матка не напряжена, части плода определяются легко, четко).

**III прием. Цель его:**

1) определить характер предлежащей части (головка, тазовый конец);

2) определить отношение головки (предлежащей части) к плоскости входа в малый таз.

**Результат исследования**: Головное предлежание ( пальпиру­ется крупная , плотная, правильной округлой формы предлежащая часть). Головка определяется над входом в малый таз, при этом она легко смещается, определяется симптом "баллотирова­ния".

**IY прием** уточняет и дополняет данные, полученные при вы­полнении III приема. Цель его:

1) уточнить характер предлежащей части и ее отношение ко входу в малый таз;

2) определить тип вставления головки: сгибательный (затылочное вставление) или разгибательный.

**Результат исследования:**

1. Пальпируется плотная, правиль­ной округлой формы часть - головка. Головка находится над входом в малый таз - кисти рук охватывают практически всю головку.

2) Тип вставления головки: сгибательный (затылочное вставление)

При затылочном вставлении (сгибательном), руки, пальпирующие головку плавно переходят на спинку.

**Заключение:** с помощью пальпации приемами Леопольда-Левицкого определили - матка по величине соответствует доношенному сроку беременности, положение плода продольное, 1 позиция, вид передний, затылочное предлежание. Головка находится над входом в малый таз. Тонус матки обычный , возбудимость ее постоянна, количество околоплодных вод умерен­но.

###### Выслушивание сердцебиения плода

**Цель исследования**:

1) выслушивание сердцебиения плода яв­ляется достоверным признаком беременности;

2) оно указывает на то, что плод жив;

3) по частоте, звучности, ритмичности тонов сердце плода при их выслушивании можно оценить состояние плода (на момент выслушивания сердцебиения);

4) место расположения фокуса наилучшего выслушивания сердцебиения плода дополняет данные наружного акушерского исследования о положении, позиции и предлежании плода;

5) выделение нескольких фокусов наилучшего выслушивания сердцебиения плода помогает в диагностике многоп­лодной беременности.

**Результат исследования:** фокус наилуч­шего выслушивания сердцебиения плода- с левой стороны, ниже пупка, частота- 140 ударов в минуту, ясные, ритмичные

**Заключение:** Выслушивается сердцебиение плода- яв­ляется достоверным признаком беременности. оно указывает на то, что плод жив; на момент выслушивания сердцебиения ЧСС плода- 140 ударов в минуту, тоны ясные, ритмичные, это говорит о хорошем состоянии плода, признаков гипоксии не выявлено; место расположения фокуса наилучшего выслушивания сердцебиения плода дополняет данные наружного акушерского исследования: 1 позиция, головное предлежание; нескольких фокусов наилучшего выслушивания сердцебиения плода не выявлено, это позволяет судить о том, что плод один.

##### **Наружное тазоизмерение**

 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.

 **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.

 **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.

 **Индекс Соловьева** - окружность лучезапястного сустава,

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

роженицы - 16 см.

 **Высота дна матки над лоном** - 42 см.

**Заключение по результатам тазоизмерения**: Размеры таза роженицы- без патологии

##### **Внутреннее акушерское исследование**

 Обязательным показанием для внутреннего акушерского иссле­дования является начало родов или поступление роженицы в ро­дильное отделение, излитие околоплодных вод.

В родах могут возникнуть дополнительные показания для внутреннего акушерского исследования, выбор метода родостимуляции, выбор метода обезболивания родов, изменение состояния ро­женицы, ухудшение состояния плода, появление кровянистых выде­лений, необходимость амниотомии и др.

Внутреннее акушерское исследование обязательно перед любой акушерской операцией. Каждое внутреннее исследование должно быть обоснованно.

**Порядок исследования:**

1) перед началом внутреннего аку­шерского исследования проводится осмотр наружных половых орга­нов, области промежности, преддверия влагалища, ануса;

2) затем двумя пальцами введенными во влагалище, определяют тонус мышц тазового дна, ширину влагалища, складчатость, растяжимость, подвижность его стенок, отсутствие в нем рубцов, сращений, пе­регородок;

3) достигнув сводов влагалища, определяют их глуби­ну, форму;

4) при пальпации шейки матки определяют длину, кон­систенцию, положение ее влагалищной части, состояние цервикального канала, наличие или отсутствие на ней рубцов, или старых разрывов, оценивают степень укорочения или сглаженности , сте­пень "зрелости" шейки матки;

5) при сглаженной шейке пальпируют область акушерского зева, его толщину, растяжимость, степень его раскрытия (в см);

6) вне схватки пальпируют плодный пузырь, определяя его напряженность, оценивая количество передних око­лоплодных вод (скудное их количество или обильное, плоский плодный пузырь, или многоводие) или констатируется его отсутс­твие;

7) через оболочки плодного пузыря осторожно (не разорвать плодный пузырь) пальпируется предлежащая часть - определяется ее характер (головка, тазовый конец), отношение к параллельным плоскостям таза нижнего полюса предлежащей части (его ведущей точки), расположение швов и родничков на головке плода (уточне­ние позиции, вида плода, правильности вставления головки);

8) затем пальпируют и оценивают стенки малого таза, в заключе­ние исследования измеряют диагональную конъюгату. Вычислить после измерения диагональной конъюгаты истинную.

После окончания внутреннего исследования оценивают харак­тер выделений из половых путей (задержавшихся на перчатке, на­детой для проведения исследования).

 **Заключение:** Внутреннее акушерское исследование у беременной не проводилось

Уточнение предполагаемого срока родов

Дату срочных родов уточняют:

**1)** по дате последней менструации (формула Негеле): (20.06.02 – 3 месяца)+ 7 дней= 27.03.03 г.

**2)** по дате 1-го шевеления плода: 10.10.02+ 22 недели= 24.03.03 г.

**3)** по сроку беременности при взятии беременной на диспан­серный учет в женской консультации (учитывается ранняя явка до 12 недель беременности): роженица взята на диспансерный учет с 8 недель беременности, предполагаемая дата зачатия- 06.07.02, следовательно, предполагаемая дата родов- 06.04.03 г.

**4)** по данным УЗИ (от 08.04.03): беременность, соответствующая 38-39

неделям.

**5)** по дородовому декретному отпуску.

**Заключение о сроке родов:** Дата родов на основании проведенных расчетов- в период с 24.03.03 по 06.04.03

##### **Диагноз и его обоснование**

Беременность, 38-39 недель, положение плода продольное,

предлежание головное, первая позиция, передний вид. Гестоз I ст. Анемия I ст. Ожирение I 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 слева, ниже пупка.

 3. Данные УЗИ от 08.04 - беременность, соответствующая 38-39

неделям.

 Продольное положение плода, головное предлежание, первая 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 левой стороне матки, к ее передней стенке; головка над входом в малый таз (пальпируется как плотная, округлая, балотирующая часть плода). Сердечные тоны плода выслушиваются ниже пупка слева. УЗИ подтверждает головное предлежание плода.

 Гестоз I ст. выставлен на основании данных анамнеза: во второй половине беременности, с 35-36 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 1кг 200гр при норме до 350 гр в неделю. Учитывая небольшую выраженность и распространенность отеков на фоне высокой прибавки веса, можно думать о скрытых отеках.

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

Допустимая кровопотеря в родах: Вес=78.5 кг, 0.3% от массы тела= 235.5 мл

##### **Прогноз родов**

Прогноз родов для матери и плода- благоприятный при проведении адекватной терапии и правильного, своевременного акушерского пособия.

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

**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.

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.

**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.

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

**Течение и ведение 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.

**Течение родов**:

**1. Период раскрытия**. В 21 час стали подтекать светлые околоплодные воды, начала настраиваться родовая деятельность,

1. **Наблюдение за общим состоянием роженицы**: **17.04.03 (21 час 30 минут):** поведение адекватное, состояние удовлетворительное. АД 120/70. Пульс- 74 удара в минуту, ритмичный. **17.04.03 (23 часа 30 минут):** поведение адекватное, состояние удовлетворительное. АД 110/70. Пульс- 74 удара в минуту, ритмичный. **18.04.03 (01 час 00 минут):** поведение адекватное, состояние удовлетворительное. АД 120/80. Пульс- 76 ударов.

2. **Оценка характера родовой деятельности:** Схватки начались **17.04.03 в 21** **час. 30 мин.** Схватки через 5-7 минут по 25-30 секунд, регулярные, безболезненные. **17.04.03 (23 часа 30 минут):** Схватки через 4-5 минут по 30-35 секунд, средней силы, безболезненные. **18.04.03 (01 час 00 минут):** Схватки через 3 минуты по 40 секунд, регулятрные, болезненные.

3. **Оценка эффективности родовой деятельности:** Влагалище ёмкое, шейка матки сглажена, мягкая, края толстые, умеренно растяжимые 0,3-2 см, головка плода между 1 и 2 параллельными плоскостями, плодного пузыря нет, мыс не достигается, экзостозов нет.

4. **Наблюдение за состоянием плода:** **17.04.03 (21 час 30 минут):** БМК плода-8 баллов. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. **17.04.03 (23 часа 30 минут):** БМК плода-8 баллов. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды светлые, патологических выделений нет. **18.04.03 (01 час 00 минут):** БМК плода-8 баллов.Головка фиксирована малым сегментов во входе в малый таз. Сердцебиение плода- 134 удара в минуту, ясное, ритмичное. Воды светлые.

5. **Наблюдение за характером выделений из родовых путей: 17.04.03 (21 час 30 минут):** Воды светлые, патологических выделений нет, запаха нет. **17.04.03 (23 часа 30 минут):** Воды светлые, патологических выделений нет, запаха нет. **18.04.03 (01 час 00 минут):** Воды светлые, патологических выделений нет, запаха нет.

**Назначения в 1 периоде родов**

**17.04.03 (23 часа 30 минут):** Sup. Belladonnae № 1 per rectum

**18.04.03 (01 час 00 минут):** Sol. Analgini 50%-2.0 (в/м)

 Sol.Но-Шпа 2.0 (в/м)

**Время окончания периода раскрытия и начала периода изгнания:** 18.04.03 (01 час 45 минут)

Подтверждает окончание I периода родов и начало периода изгнания поступательное движение головки, которое определяется с помощью IY приема Леопольда-Левицкого.

**Механизм периода изгнания.**

Период изгнания начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается вместе с рождением ребёнка. Первым клиническим признаком, указывающим на окончание пе­риода раскрытия и начало периода изгнания обычно является появление потуг - и сокращения матки (схватка) присоединяются сок­ращения диафрагмы, мышц передней брюшной стенки, в дальнейшем по мере продвижения по родовым путям предлежащей части сокраще­ния пристеночных мышц таза и мышц тазового дна. Однако, главным подтверждением окончания периода раскрытия является установле­ние полного раскрытия маточного зева. Поступательные движения плода происходят по оси родового канала

**Течение и ведение периода изгнания**.

Период изгнания начинается от полного раскрытия маточного зева и завершается изгнанием последнего плода.

В периоде изгнания придерживаются тех же принципов ведения родов, что и в I периоде:

1) контроль и коррекция состояния ро­женицы;

2) контроль характера и эффективности родовых изгоняю­щих сил (потуг);

3) контроль состояния плода (сердцебиение пло­да выслушивается после каждой потуги в середине паузы);

4) контроль за продвижением предлежащей части плода;

5) за состоя­нием родовых путей и характером выделений из родовых путей, при этом очень важным является контроль за состоянием нижнего сег­мента матки. При пальпации на высоте потуги контракционное кольцо не должно подниматься выше 4-5 п/п над уровнем лона. Вне схватки пальпация нижнего сегмента матки должны быть безболез­ненной.

**2. Период изгнания:** 18.04.03 (01 час 45 минут) начались потуги, повторяются через 3-4 мин по 40-45 сек, Женщина из предродовой палаты переведена на каталке в родовой зал. Схватки потужного характера через 2-3 минуты по 45 секунд, безболезненные. Состояние удовлетворительное. АД 120/80. Пульс- 76 ударов в минуту.

18.04.03 (01 час 48 минут) головка плода врезывается, сердцебиение плода ритмичное, ясное, 140 уд/мин. Патологических выделений нет.

**Подготовка к приему родов:** Прием родов проводят на специальной кровати Рахманова. Эта кровать выше обычной и состоит из 3 частей. Головной конец кровати может быть поднят или опущен. Ножной конец может быть задвинут. Кровать имеет специальные подставки для ног и \*вожжи\* для рук.

Для приема каждого ребенка в родильном зале необходимо иметь:

1. Индивидуальный комплект стерильного белья (одеяло и 3 хлопчато-бумажные пеленки), нагретый до 40С.

2. Индивидуальный стерильный пакет для первичной обработки новорожденного: 2 зажима Кохера, скобка Роговина, щипцы для ее наложения, марлевая салфетка треугольной формы, пипетка, ватные шарики, лента длиной 60 сантиметров и шириной 1 см для антропометрии новорожденного, 2 клеёнчатых браслета, катетер или баллон для отсасывания слизи.

С момента врезывания головки все должно быть готово к приёму родов: Дезинфицируются наружные половые органы роженицы. Акушерка, принимающая роды, моет руки, как перед полостной операцией, надевает стерильный халат и стерильные перчатки. На ноги роженицы надевают стерильные бахилы. Бедра, голени и заднепроходное отверстие закрывают стерильной простынёй, конец которой подкладывают под крестец.

**18.04.03 (01 час 51 минута)** головка плода прорезывается, сердцебиение плода ритмичное, ясное, 142 уд/мин. Патологических выделений нет.

С началом прорезывания головки (головка показавшись из по­ловой щели роженицы на высоте потуги не исчезает после ее окон­чания) приступают к оказанию пособия по защите промежности. Цель этого пособия – предупредить быстрое разгибание головки, что предупреждает травматизацию головки плода и разрыв промеж­ности роженицы.

 **Пособие состоит из следующих моментов:**

**1) Предупреждение преждевременного разгибания головки:** Для того, чтобы не дать головке разогнуться преждевременно, ладонь левой руки кладется на лобковое сочленение, а 4 пальца этой руки (плотно прижатые друг к другу) располагаются плашмя на головке, препятствуя ее разгибанию во время потуг и быстрому продвижению по родовому каналу.

**2) Выведение головки вне потуги:** Когда закончилась потуга, большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают ткани вульварного кольца над прорезывающейся головкой. Головка постепенно выводится из половой щели. Во время следующей потуги вновь препятствуют преждевременному разгибанию головки.

**3) Уменьшение напряжения промежности за счет окружающих тканей:** Правая рука кладется на промежность так, чтобы 4 пальца плотно прилегали к области левой большой половой губы, а большой палец-к области правой. Складка между большим и указательным пальцами располагается над ямкой преддверия влагалища. Ткани, расположенные кнаружи и вдоль больших половых губ, низводят книзу по направлению к промежности. Одновременно ладонь этой же руки бережно поддерживает промежность, придавливая ее к прорезывающейся головке. Поскольку напряжение промежности уменьшается, кровообращение в ней восстанавливается, а следовательно, повышается сопротивляемость тканей на разрыв. Левая рука располагется ладонной поверхностью на лобковом сочленении, а пальцы левой руки, сгибая головку в сторону промежности, сдерживают ее стремительное продвижение.

**4) Регулирование потуг:** Когда головка устанавливается теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка фиксируется под нижним краем симфиза, роженице предлагают глубоко и часто дышать: в таком состоянии невозможно тужиться. Пока потуга не будет полностью выключена или ослаблена, обеими руками задерживают продвижение головки. После окончания потуги осторожно освобождают теменные бугры, сводя с них правой рукой ткани вульварного кольца. Левая рука в это время медленно приподнимает головку плода вверх и разгибает ее. Если в это время понадобится потуга, роженице предлагают потужиться, не ожидая схватки. Над промежностью показывается сначала лоб, затем личико и подбородок.

**5) Выведение плечевого пояса:** После рождения головки роженице предлагают потужиться. При этом совершается внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Во время прорезывания плечевого пояса самостоятельно прорезавшееся переднее плечико прижимают к лобному сочленению и осторожно сводят промежность с заднего плечика. Если плечики самостоятельно не рождаются, головку захватывают руками (ладони обеих рук плашмя прилегают к правой и левой височно-щечным областям плода). При этом головку вначале отклоняют кзади от проводной оси таза (книзу) до тех пор, пока под лобковое сочленение не подойдет переднее плечико. После этого левой рукой захватывают головку плода и приподнимают ее вверх (ладонь руки находится на нижней щечке плода). Правой рукой сдвигают промежность с заднего плечика и бережно выводят его из половой щели (чтобы не нарушать целость ключицы плода и промежности). После освобождения плечевого пояса в подмышечные впадины со стороны спинки плода вводят указательные пальцы обеих рук и туловище приподнимают кпереди и вверх, что способствует его быстрому и бережному рождению.

 **В 01 час 55 мин (18.04.03)** родилась живая доношенная девочка, родилась в

головном предлежании, 1 позиции, переднем виде, массой 3 кг 380 г, длиной 52 см, розовая, чистая, видимые слизистые влажные. Родовая опухоль расположена на малом родничке, однократное нетугое обвитие пуповины вокруг шеи, признаков асфиксии не выявлено. Форма грудной клетки - правильная; пульс ритмичный; тоны сердца ясные. Нервная система: рефлексы живые. Органы брюшной полости: живот мягкий, отхождение мекония (+) . Наружные половые органы по женскому типу. Анус сформирован. Тазобедренные суставы - разведение полное. Травм, уродств нет.

***Шкала Апгар для оценки состояния новорожденного (в баллах)***

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Оценка в баллах |
| 0 | 1 | 2 |
| Частота сердцебиений уд/мин | Отсутствует | Менее 100 | Более 100 |
| Дыхание | Отсутствует | Брадипноэ, нерегулярное | Нормальное, громкий крик |
| Окраска кожи | Генерализованная бледность или генерализованный цианоз | Розовая окраска и синюшная окраска конечностей (акроцианоз) | Розовая |
| Мышечный тонус | Отсутствует | Легкая степень сгибания конечностей | Активные движения |
| Рефлекторная возбудимость (реакция на отсасывание слизи из верхних дыхательных путей, раздражение подошв) | Отсутствует | Гримаса | Кашель |

Оценка по шкале Апгар в конце первой минуты после рождения- 9 баллов, через 5 мин - 9 баллов.

**Первый туалет новорожденного проводится в два этапа:**

**I этап** (проводится на родовом столе):

**1) Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей новорож­денного:** чтобы избежать аспирации слизи, как только произойдет наружный поворот головки, производят удаление слизи из носовых ходов и ротика плода с помощью электроотсоса или стерильным баллончиком.

**2) Пережатие и пересечение пуповины:** Как только прекращается пульсация сосудов пуповины, на нее на расстоянии 10-15 см от пупочного кольца накладывают зажим Кохера, второй зажим помещают на 2 см кнаружи от первого. Пуповину между зажимами протирают шариком, смоченным 95% спиртом и пересекают. Пересечение пуповины производят сразу после профилактики гонобленореи.

**3) Профилактика гонобленореи:** проводят сразу после рождения, так как не исключена возможность инфицирования новорожденного при прохождении через родовые пути матери. В настоящее время для профилактики гонобленореи используют 30% раствор Сульфацил-натрия. Веки новорожденного протирают стерильными ватными тампонами (отдельно для каждого глаза) от наружного угла глаза к внутреннему. Оттягивают нижнее веко каждого глаза и наносят на вывернутые веки по 1 капле раствора. При рождении девочки этот же раствор в количестве 2 капель в вульву. Раствор Сульфацил-натрия готовится в аптеке и меняется ежедневно.

 После проведения I этапа обработки сразу на родовом столе на ручки новорожденного привязывают клеенчатые стерильные "браслеты" с указанием

ФИО роженицы, пола ребенка, часа и даты рождения, N истории родов. Новорожденного показывают матери, обращая внимание на пол ребенка, наличие или отсутствие пороков развития у него.

Завернув новорожденного в стерильную пеленку его переносят на обогреваемый столик, где проводится **II этап** **туалета новорож­денного**:

**1) обработка пуповины (проводится в строго асептических условиях):**

Первичная обработка пуповины: Остаток пуповины между пупочным кольцом и зажимом Кохера протирают стерильным ватным шариком, смоченным 95% спиртом. На расстоянии 0,3-0,5 см от пупочного кольца на пуповину накладывают зажим Кохера и оставляют на 1-2 минуты для лучшей последующей мумификации тканей пуповины.

Вторичная обработка пуповины: зажим Кохера снимают и на его место накладывают металлическую скобку Роговина (или специальную пластмассовую) и плотно зажимают остаток пуповины. Ткань пуповины выше скобки отсекают, удаляют кровь. Остаток пуповины обрабатывают 5% раствором калия перманганата и накладывают на него стерильную марлевую повязку.

**2) антропометрия новорожденного**: Затем проводят измерение окружности го­ловки по прямому ее размеру, окружность грудной клетки, измере­ние роста новорожденного, его массы.

Новорожденный массой 3 кг 380 г, длиной 52 см, окружность головы- 37 см, окружность грудной клетки 28 см.

Новорожденный осматрен в родильном зале неонатологом.

**Назначения во втором периоде родов:** Oxitocin 1.0 (в/в, медленно)

##### **Ведение III периода родов**

Последовый период начинается сразу после рождения плода (последнего, если это многоплодная беременность) и заканчивает­ся рождением последа. Его продолжительность при физиологическом течении 10-20 мин. Ведение последового периода зависит от его фазы:

**1 фаза** (тоническое сокращение матки) продолжается 3-4 мин.- ведение консервативное, однако в самом ее начале (конец периода изгнания - начало последового периода) - проводится профилактика кровотечения внутривенным введением 0,02% раствор метилэргометрина (0,05 или 1,0 мл на 20 мл 5% р-р глюкозы). Пре­парат вводится медленно, в течение 3-4 мин., стимулируя дли­тельное тоническое сокращение матки.

**II фаза** (отделение последа) - ведение сугубо консерватив­ное, т.к. вмешательство в эту фазу может вызвать дискоординацию маточных сокращений и ущемление последа, а следствием этого мо­жет быть кровотечение.

**III фаза** (выделение последа) - ведение активное.

В последовом периоде роженица находится под постоянным контролем врача.

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.

**При описании течения и ведения последового периода необхо­димо:**

**в течение I фазы:**

1) оценить состояние роженицы: Состояние удовлетворительное, поведение адекватное, в сознании. АД 130/70. Пульс- 75 ударов в минуту. Жалоб не предъявляет.

2) описать, как и когда проводилась профилактика кровоте­чения: проводилась профилактика кровотечения внутривенным введением 0,02% раствора метилэргометрина ( 1,0 мл на 20 мл 5% р-р глюкозы). Пре­парат вводился медленно, в течение 3 мин.

3) как проводился учет кровопотери: с помощью стерильного судна.

**В течение II фазы** проводить контроль за величиной и формой матки, за появлением признаков отделения последа.

**Признак Шредера:** Сразу после рождения плода форма матки округлая и дно ее находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка уплощается, дно ее поднимается выше пупка и отклоняется вправо. Нередко над лобком образуется мягкая подушкообразное выпячивание (из-за опускания последа в нижний сегмент матки). Матка приобретает вид песочных часов.

**Признак Альфельда:** Лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, при отделившейся плаценте опускается на 8-10 см и более. **Результат:** Пуповина опускается на 10 см.

**Признак Довженко:** Роженице предлагают глубоко дышать. Если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, то плацента отделилась от стенки матки. **Результат:** Пуповина не втягивается во влагалище.

 **После появления которых проверяют пальпаторный признак Кюстнера-Чукалова:** При надавливании краем ладони над лобком пуповина, свисающая из половой щели, при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище. Если плацента отделилась от стенки матки, пуповина остается неподвижной. **Результат:** пуповина остается неподвижной.

Появление признаков отделения плаценты указывает на окон­чание II фазы последового периода и начало фазы выделения пос­леда (III).

**Способы выделения отделившегося последа:**

**1) Способ Абуладзе.** После опорожнения мочевого пузыря производят бережный массаж матки для ее сокращения. Затем обеими руками берут брюшную стенку в продольную складку и предлагают роженице потужиться.

**2) Способ Гентера**. Мочевой пузырь опорожняют, дно матки приводят к

срединной линии. Становятся сбоку от роженицы, лицом к ее ногам, кисти рук, сжатые в кулак, кладут тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки (в области трубных углов) и постепенно надавливают в направлении книзу и внутрь; роженица при этом не должна тужиться.

**3) Способ Креде** **- Лазаревича**. Мочевой пузырь опорожняют, дно матки приводят к срединной линии. Легким массажем стараются вызвать сокращение матки; становятся слева от роженицы, лицом к ее ногам, дно матки обхватывают правой рукой таким образом, чтобы I палец находился на передней стенке матки, ладонь - на дне, а 4 пальца – на задней поверхности матки; производят выжимание последа: сжимают матку в переднезаднем размере и одновременно надавливают на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза.

 Способы выделения отделившегося последа не применялись, послед выделился самостоятельно. Рождение последа произошло плодовой поверхностью. Плацента имела центральное прикрепление.

 **Методика осмотра последа:**  Послед, обращенный материнской поверхностью вверх, кладут на гладкий поднос и тщательно осматривают целость плацентарной ткани. Обращают особое внимание на края плаценты, так как кусочки ткани

часто отрываются именно в периферических отделах плаценты. При осмотре плаценты обращают внимание на изменение ее ткани: на наличие обызвествления, участков жирового перерождения, старых сгустков крови. Убедившись в целости плаценты нужно проследить не отходят ли от краев его сосуды в оболочки. Если обнаруживается обрыв сосуда в оболочках, то делается вывод о наличии добавочной дольки, оставшейся в полости матки. При задержки дольки плаценты в полости матки и даже при подозрениина дефект плацентарной ткани показано немедленно провести ручное обследование полости матки и удалить задержавшуюся дольку плаценты.

После осмотра плаценты осматривают оболочки. Уточняют место разрыва оболочек, и все ли они родились. Если оказывается, что не достает большой части оболочек, врач обязан удалить их из полости матки, производя ручное обследование последней. Плаценту после осмотра измеряют и взвешивают. Все данные осмотра последа заносят в историю родов.

Заключение : Послед большой 28 х 25 см, с петрификацией оболочек, хорошо видны борозды между дольками плаценты. Участков жирового перерождения не обнаружено.

Величина крово­потери в родах: 50+50=100 мл, допустимая кровопотеря- 235,5 мл.

**Продолжительность родов по периодам:** Общая продолжительность- 04.30

 1 период- 04.15

 2 период- 10 минут

 3 период- 5 минут

**Ведение раннего послеродового периода.**

Ранний послеродовый период продолжается 24 часа. В течение 2 час. родильница находится в родильном отделении. В ранний послеродовый период существует угроза возникновения кровотечения из-за нарушения гемостаза в сосудах плацентарной площадки, нарушение сократительной активности матки и травматизации мягких родовых путей, поэтому в этот период требуется постоянный конроль за состоянием родильницы.

**В раннем послеродовом периоде проводится:**

1) контроль состояния родильницы (АД, частота пульса, тем­пература тела): АД 125/80. Пульс- 74 удара в минуту. Температура 36.5°С

2) контроль за высотой стояния дна матки, ее величиной, плотностью: Каждые сутки высота стояния матки снижалась на 2 см, в течении 1 недели масса матки уменьшилась в 2 раза.

3) контроль за объемом и интенсивностью кровоотделения из родовых путей: В послеродовом периоде интенсивного кровоотделения из родовых путей не наблюдалось.

 Через 1-1,5 часа после родов (при отсутствии кровотечения) перед переводом родильницы в послеродовое отделение в асепти­ческих условиях проводится осмотр мягких родовых путей с по­мощью зеркал.

###### Осмотр родовых путей в зеркалах

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

вводят 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.

**Заключение:** Шейка матки цела. Слизистая влагалища, промежность целы. Линейный разрыв задней спайки по рубцу, наложен косметический кетгутовый шов.

**Эпикриз обезболивания родов**. Эффект психопрофилактической подготовки к родам- полный. Во 2 периоде родов проводилось медикаментозное обезболивание родов: Sol. Analgini 50%-2.0 (в/м)

 Sol.Но-Шпа 2.0 (в/м)

**Переводной эпикриз в послеродовое отделение**

Родильница, 33 лет после 2 срочных родов с живой доношенной девочкой, с массой 3 кг 380 г, длиной 52 см. переводится в послеродовое отделение.

Продолжительность родов по периодам: Общая продолжительность- 04.30

 1 период- 04.15

 2 период- 10 минут

 3 период- 5 минут

Осложнения в родах**:** Раннее излитие околоплодных вод, разрыв задней спайки.

Разрыв ушит, на задней спайке косметический кетгутовый шов.

Общая кровопотеря: 100 мл.

 **Назна­чения для ведения родильницы в послеродовом отделении**.

**18.04.03, 19.04.03, 20.04.03:** Глюкоза 40%-20,0 (в/в)

 Аскорбиновая кислота 5%-3,0 (в/в)

 Глюконат кальция 10%-10,0 (в/м)

 В1 5%-1,0 (в/м)

 Дроверин 2,0

В последующие дни назначения соответственно состоянию родильницы.

**Прогноз течения послеродового периода**- благоприятный

### Послеродовый период

**18.04.03 г.** в 9.00 t=36,8, ps=74 уд/мин, АД=120/80 мм рт

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

В 3.55 переведена в послеродовое отделение. Молочные железы увеличены, мягкие, безболезненные, соски без трещин. ВСДМ – на уровне пупка. Швы в области задней спайки состоятельны. Физиологические отправления- в норме. Назначение: стол N 10, туалет наружных половых органов, анализ крови.

**19.04.03 г.** t=36,7, ps=72 уд/мин, АД=120/80 мм рт ст. Состояние

удовлетворительное, жалоб нет, отеков нет, мочеиспускание свободное,

безболезненное. Матка плотная. Сон не нарушен. Молочные железы мягкие, увеличены, соски без трещин. ВСДМ – на 2 пальца ниже пупка. Швы в области задней спайки состоятельны. Физиологические отправления- в норме. Назначение: стол N 10, анализ мочи.

 **20.04.03 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. Физиологические отправления- в норме.

Назначение: стол N 10.

**Эпикриз родов**

ФИО, 33 года поступила 07.04.03 г. в 17.05 в

Родильный дом № 2. На момент поступления предъявляла жалобы на некоторое уменьшение шевеления плода в течении последней недели, примерно с 01.04.03; заложенность носа, без отделяемого-на протяжении всей беременности; отеки голеней. На основании анамнеза: Отеки беременных. ВСД по гипертоническому типу. Анемия. Хронический цистит, вне обострения. Хроническая герпетическая инфекция, ремиссия. Ринопатия беременных.

Продолжительность родов по периодам: Общая продолжительность- 04.30

 1 период- 04.15

 2 период- 10 минут

 3 период- 5 минут

1 период- без особенностей

2 период- без особенностей

3 период- общая кровопотеря: 100 мл., послед выделился самостоятельно, послед с петрификацией оболочек.

Осложнения в родах: Раннее излитие околоплодных вод, разрыв задней спайки по рубцу.

На основании данных наружного акушерского исследования (в дне матки располагается тазовый конец, спинка обращена к левой стороне матки, ее передней стенке, головка над входом в малый таз); при аускультации сердечные тоны плода выслушиваются ниже пупка слева; 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 38 недель, положение плода продольное, 1 позиция, передний вид, затылочное предлежание. Отеки беременных. ВСД по гипертоническому типу. Анемия. Хронический цистит, вне обострения. Хроническая герпетическая инфекция, ремиссия. Ринопатия беременных. Плацентарная недостаточность, субкомпенсация. Гистационный пиелонефрит. Rh (-), без явлений сенсибилизации

Операция и пособия в родах: родовозбуждение окситоцин (1.0, в/в), разрывы задней спайки, наложен косметический кетгутовый шов, осмотр шейки матки.

С 07.04.03 г. по 17.04.03 г. проведено лечение: по поводу отёков - белково-растительная диета; по поводу анемии (железодефицитной) - гемостимулин и феррокаль. Результаты лечение удовлетворительные. Роды вели через естественные родовые пути, для стимулирования родовой деятельности внутривенно капельно вводили окситоцин. Осложнение в родах – разрывы задней спайки, наложен косметический кетгутовый шов. Родилась живая девочка вес – 3.380 кг, рост – 52 см. Оценка по шкале Апгар на 1 и 5 мин – 9-9 б.

Прогноз для жизни и здоровья благоприятный

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Учебник для студентов мед. вузов. С-Пб: Специальная литература, 1997. 496 с.
2. Зильбер А.П., Шифман Е.М., Павлов А.Г. Преэклампсия и эклампсия: клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики. Петрозаводск, 1997. 52 с.
3. Самородинова Л.А. Акушерский фантом. Петрозаводск, 1994. 76 с.
4. Самородинова Л.А. Локализация плаценты и течение родов. Петрозаводск, 1988. 92 с.
5. Лекционный материал.