**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.О. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
2. Пол: женский
3. Возраст: 20 лет (3.10.1982г.)
4. Место жительства: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
5. Место работы: домохозяйка
6. Национальность: цыганка
7. Дата поступления: 24 апреля 2003г. Время поступления 10ч. 40мин.
8. Дата и время выписки:
9. Отделение: физиологическое

10. Диагноз при поступлении:

11. Клинический диагноз:

12. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные

**II** **ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

Схваткообразные боли, преждевременное излитие околоплодных вод. Воды белого цвета без запаха.

**III ANAMNESIS VITAE**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родилась в новгородской области 3.10.82г. весом 3500г. ростом 46 см.В развитии не отставала от сверстников.

Из перенесенных заболеваний: частые ОРЗ. Операционные вмешательства: аппендэктомия в 1998г. Операция прошла без осложнений. Аллергии в анамнезе не выявлено. Венерические заболевания, tbc, гепатит отрицает. Наследственность не отягощена.

Менструация с 11 лет, установилась не сразу. Месячные носят нерегулярный характер, умеренно болезненные. Длительность цикла 25 дней. Продолжи-

тельность кровотечения 4-5 дней в кол-ве 150 мл. Последнюю менструацию не помнит. Половой жизнью живет с 15-ти лет. Сексуальная функция не нарушена. Предохраняется от беременности – прерванный половой акт.

Перенесенные гинекологические заболевания: хр. аднексит (2002г.).

**IV АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ**

Кол-во беременностей-2, родов-2. 1-я беременность закончилась родами (2000г.). Родилась доношенная девочка (39нед.), весом 3300г. Роды прошли без осложнений. 2 года кормила грудью.

**V. НАСТОЯЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

Встала на учет в 8 нед. (2.10.03г.). До 5-ти мес.- токсикоз первой половины беременности. В 22 нед. угроза прерывания. В 28 нед. гиперплазия щитовидной железы.

**VI. ОБЩИЙ СТАТУС**

Состояние удовлетворительное, t 36.6˚ С., сознание ясное. Телосложение правильное соответствует возрасту и полу. Нормостенический тип конституции. Рост 156 см., вес 66,3 кг. Нарушение осанки и походки нет.

Кожные покровы обычной окраски, чистые. Кожа умеренной влажности, эластичная, тургор кожи нормальный. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Язык влажный с белым налетом. Отеков нет.

Форма шеи обычная, лимфатические узлы не пальпируются.

Мышечный тонус сохранен, деформации суставов конечностей и ограничения подвижности нет. При пальпации: мышцы не уплотнены, безболезненны, суставы безболезненны.

Органы дыхания: ЧДД- 18 в мин., нормостеническая форма грудной клетки. Положение ключиц и лопаток не изменено. Тип дыхания грудной. Дыхание ритмичное, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки. Пальпация: грудная клетка безболезненная резистентная. В симметричных участках голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой. Перкуссия: перкуторный звук легочный, в симметричных участках одинаковой высоты и продолжительности.

Аускультация: дыхание везикулярное, хрипов, крепитации, шума трения плевры нет. В симметричных участках бронхофония вслушивается с одинаковой силой.

Сердечно-сосудистая система: пульсации в области основания сердца, эпигастральной пульсации, сердечного толчка не наблюдается. Видимых изменений периферических сосудов не отмечается. Аускультация: тоны сердца ритмичные, ясные. Шумы не выслушиваются. Ps 88 уд./мин.- ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, равномерный, синхронный на обеих руках. АД 120/70 мм. рт./ст.

Со стороны органов пищеварения изменений нет.

Мочеполовая система: почки и мочевой пузырь не пальпируются. Симптома поколачивания нет. Мочеиспускание в норме. Отеков нет.

Психический статус: больная адекватно реагирует на окружающую обстановку. Сознание ясное. Патологические рефлексы отсутствуют.

**VII. АКУШЕРСКИЙ СТАТУС**

Молочные железы без патологии, симметричные, соски увеличены, пигментированы.

Размеры таза:distantia spinarum-23cм, distantia cristarum-27cм, distantia trochanterica-32cм, conjugata externa-20cм. Окружность живота-97 см. Высота стояния дна матки-36 см. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид затылочного предлежания. Предполагаемый вес плода 2100г.

Влагалищное исследование на момент поступления: шейка матки укорочена до 0,5 см. Края тонкие, податливые. Открытие 1,5-2 см., головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода прослушивается справа ниже пупка. Ясное, ритмичное. Число ударов в мин 136. Выделения обильные слизистые.

Этапный диагноз: на основании анамнеза и объективных методов исследования ставится диагноз: роды II срочные, I-й период. Поперечносуженный таз I ст. Роды через естественные родовые пути.

**VIII. ДНЕВНИК**

13ч.00мин. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Схватки через 5 мин по 30 сек. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Подтекают свежие воды.

14ч. 00мин. Ps 80 уд в мин. Схватки через 4 мин по 20 сек. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 уд. в мин. Подтекают свежие воды. Произведено влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 1 см. Края тонкие, податливые. Открытие 3 см., головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное. Число ударов в мин 136.

16ч. 00мин. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Схватки через 2 мин по 35 сек. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 уд. в мин. Подтекают свежие воды.

17ч. 10мин. Схватки приобретают потужной характер. Головка спустилась на тазовое дно. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 уд. в мин.

17ч 30мин. На высоте очередной потуги родилась живая доношенная девочка весом 3160г, рост-48см. оценка по шкале Апгар 8-9 бал. При влагалищном исследовании: матка плотная, сокращается хорошо. Выделения кровянистые.

17ч.55мин. Самоотделение и выделение последа. Оболочки и дольки все. Матка плотная, сокращается хорошо. Выделения кровянистые, умеренные.

В асептических условиях осмотрены родовые пути: шейка матки цела, родовые пути целы. Общая кровопотеря-200мл.

19ч.30мин. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. t 36.6˚ С. АД 110/70мм. рт. ст. Матка плотная на уровне пупка. Выделения кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное. Родильница переведена в послеродовую палату.

**IX. ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Периоды родов:

Различают три периода родов: первый- период раскрытия, второй- период изгнания, третий - последовый период.

Период раскрытия начинается с первыми регулярными схватками и заканчивается полным раскрытием наружного зева матки.

Период изгнания начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается вместе с рождением ребенка.

Последовый период начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием последа.

**Период раскрытия**

В первом периоде родов происходит постепенное сглаживание шейки матки, раскрытие наружного зева шеечного канала до степени, достаточной для изгнания плода из полости матки, установление головки во входе в таз. Сглаживание шейки матки и раскрытие наружного зева осуществляется под влиянием родовых схваток. Во время схваток в мускулатуре тела матки происходят: 1) сокращение мышечных волокон контракция, 2) смещение сокращающихся мышечных волокон, изменение их взаимного расположения – ретракция, ретракция вызывает растяжение нижнего сегмента матки, сглаживание шейки и раскрытие наружного зева шеечного канала. Происходит это потому, сокращающиеся мышечные волокна оттягивают круговую мускулатуру шейки матки в стороны и вверх – дистракция.

Раскрытию шейки матки способствует перемещение околоплодных вод в сторону канала шейки матки. При каждой схватке мускулатура матки производит давление на содержимое плодного яйца, главным образом на околоплодные воды. Происходит значительное повышение внутриматочного давления. Вследствие равномерного давления со стороны дна и стенок матки околоплодные воды по законам гидравлики устремляются в сторону нижнего сегмента матки. Таким образом, процесс раскрытия зева происходит за счет растягивания круговой мускулатуры шейки матки, происходящего в связи с сокращением мышц тела шейки матки, внедрения напряженного плодного пузыря.

**Период изгнания**

Во втором периоде родов происходит изгнание плода из матки через родовые пути. После излития вод схватки ненадолго прекращаются; в это время продолжаются ретракция мышц и приспособление стенок матки к уменьшенному объему. Стенки матки становятся толще и теснее соприкасаются с плодом. Развернутый нижний сегмент и сглаженная шейка с раскрытым зевом образуют вместе с влагалищем родовой канал, который соответствует размерам головки и туловища плода. После непродолжительной паузы схватки возобновляются и усиливаются, ретракция достигает высшего предела, внутриматочное давление возрастает. К схваткам вскоре присоединяются потуги – рефлекторно возникающие сокращения поперечнополосатой мускулатуры брюшного пресса.

**Послеродовый период**

В послеродовом периоде происходит отделение плаценты и оболочек от стенки матки и изгнание отслоившегося последа из родовых путей. Главным условием, способствующим отслоению плаценты, являются последовые схватки и брюшной пресс. При последовых схватках сокращается вся мускулатура матки, включая и область прикрепления плаценты, которая называется плацентарной площадкой. С каждой схваткой плацентарная площадка уменьшается, плацента образует складки, которые выпячиваются в полость матки, и. наконец, отслаивается от ее стенки. Отделение плаценты происходит либо с ее центра, либо с ее края. Если вначале отслаивается центральная часть плаценты, то между отделившимися участками и стенкой матки образуется скопление крови – ретроплацентарная гематома, которая способствует дальнейшей отслойки плаценты. Плацента выходит из родовых путей плодовой поверхностью.

Если отделение плаценты начинается с периферии плаценты, обычно с нижнего края, то кровь из нарушенных сосудов не образует ретроплацентарной оболочки, а стекает вниз между стенкой матки и оболочками. Плацента выходит из половых путей нижнем краем вперед; расположение оболочек сохраняется в том виде, в которой они находились в матке. Последовый период характеризуется выделением крови из маточно-плацентарных сосудов. При нормальном течении кровопотеря составляет 250 мл.

**Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.**

Различают четыре момента механизма родов:

1. Сгибание головки. В конце периода раскрытия головка стоит во входе таза так, что саггитальный шов располагается в поперечном или слегка косом размере. В периоде изгнания давление матки и брюшного пресса передается сверху на тазовый конец. А через него на позвоночник и головку плода. Малый родничок при переднем виде затылочного предлежания является проводной точкой. В результате сгибания головка входит в таз наименьшим размером, а именно малым косым (9,5 см.).
2. Внутренний поворот головки затылком кпереди. Когда головка опускается в полость таза, саггитальный шов переходит в косой размер, при первой позиции в правой косой, при второй позиции – в левый. В выходе таза саггитальный шов устанавливается в прямом размере его.
3. Разгибание головки. Разгибание головки происходит, после того как область подзатылочной ямки вплотную подойдет под лобковую дугу. Вокруг этой точки опоры головка разгибается.
4. Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки.