Кафедра акушерства и гинекологии

ИСТОРИЯ РОДОВ

Пациентка x, 32 года

Клинический диагноз: Беременность 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, передний вид.

Форма таза гинекоидная. Конец первого периода. Хронический гастрит вне фазы обострения. Нефроптоз правой почки.

2006

**Паспортная часть**

ФИО: Пациентка x

Возраст: 32 года

Место работы:

Проф. вредности: отсутствуют

Домашний адрес

Дата и время поступления: 15 Мая 2006, 10**00**

Заключительный диагноз: Беременность 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, передний вид.

Форма таза нормальная. Первый период. Хронический гастрит вне фазы обострения. Нефроптоз правой почки.

**Anamnesis vitae**

Общий анамнез

Родилась в 1974 году в полной семье. Наследственность (в т.ч. и по многоплодию) не отягощена. В детстве состояла на учете у ревматолога по поводу ревматоидного артрита. В настоящее время указанное заболевание беременную не беспокоит. Страдает хроническим гастритом (фаза ремиссии),.Нефроптоз правой почки. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Аллергические реакции отрицает. Рахитом в детстве не страдала.

Акушерско-гинекологический анамнез

А) Менструальная функция: Первая менструация на 13 году, установилась сразу. Продолжительность 4 дня. Выделения умеренные, кровь со сгустками. Периодичность 28 дней. Ритмичность менструальных циклов не нарушена. Безболезненные. После начала половой жизни изменений в менструальной функции нет.

В) Половая функция: Начало половой жизни на 19 году. Брак первый. Половая жизнь с 19 лет, регулярная. Предохранялась презервативами, оральными контрацептивами. Муж здоров, ЗППП отрицает.

С) Детородная функция: первая беременность наступила на 5 году половой жизни закончилась родами, ребенок 3000 гр. Роды прошли без аномалий и осложнений.2 рая беременность в 2000 закончилась абортом. 3 тья беременность в 2004 году - внематочная беременность, произведена тубэктомия правой маточной трубы. В 2006 году 4 тая беременность Всего беременностей 4.

Д) Секреторная функция: Выделения в умеренном количестве, светлые, без запаха. Появились во время беременности.

Е) Перенесенные гинекологические заболевания: в анамнезе отрицает.

**Течение настоящей беременности и родов до начала курации**

Начало последней менструации 7 августа 2005, конец 11 августа 2005. Первое шевеление плода 08 декабря 2005. Течение первой половины беременности без особенности и патологических отклонений.

Течение второй половины беременности: в 18-20 неделю беременности диагностирован гестоз легкой степени тяжести, анемия легкой степени

Дата первой явки в женскую консультацию: 17 сентября 2005 года (5-6 неделя беременности)

Посещение женской консультации: 8 раз

Физиопсихопрофилактика не проводилась

Дородовый отпуск не предоставлялся.

Схватки начались 17 Мая 2006 в 7**00**(после амниотомии и стимуляции энзопростом). Воды отошли 17 Мая 2006 в 10**30** светлые, 100 гр. решено провести плановые роды 17 мая 2006. В связи с чем 17 Мая 2006 в 10**00** вскрыт плодный пузырь. На этом фоне схватки через 2-3 мин по 30 сек, средней силы.

Время начала курации: 16.05.06

**Объективное исследование**

Больная правильного телосложения. Костно-мышечная система развита нормально, искривлений позвоночника нет, укорочений конечностей нет, анкилозов тазобедренных и коленных суставов не выявлено. Конституция нормостеническая. Беременная умеренного питания. Походка без особенностей. Стопы без отеков.

Рост 160 см.

Вес тела 65,3 кг.

Пульс 60 уд/мин

АД D 120/80 мм.рт.ст.

АД S 120/80 мм.рт.ст.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Патологий со стороны периферических сосудов не выявлено.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы легких в пределах нормы. Частота дыхания 16 дд/мин

Печень безболезненна, границы в норме. Симптом Ортнера отрицательный. Патологий со стороны селезенки не выявлено.

Стул в норме, мочеиспускание нормальное безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный.

Общее состояние удовлетворительное.

Группа крови III (B)

Rh (+)

**Специальное акушерское исследование**

Форма живота продольный овоид

Окружность живота 92 см

Высота стояния дна матки над лоном 37 см

Размеры таза:

Дист. спинарум 25 см

Дист. кристарум 27.5 см

Дист. трохантерика 30.5 см

Наружная конъюгата 21 см

Ромб Михаэлиса правильный, диагональ = 10 см

Наружное акушерское исследование приемами Левицкого-Леопольда: положение плода продольное, позиция первая, вид передний, предлежание головное.

Предлежащая часть прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин, выслушивается слева ниже пупка.

Предполагаемый вес плода = ОЖ\*ВДМ = 92\*37 = 3404 г

Характер родовой деятельности: нормальная родовая деятельность

**Влагалищное исследование**

От 15.05.2006:6:30

Наружные половые органы нормальные. Половая щель замкнута. Промежность без особенностей.

Влагалище свободное, широкое.

Шейка матки по оси таза, плотная, укорочена до 1 см, маточный зев открыт на 3 см, края зева плотные, нерастяжимые.

Зрелость шейки: 2 б (недостаточно зрелая)

Плодный пузырь цел.

Предлежит головка.

Деформации тазовых костей нет. Крестцовая впадина выражена.

Диагональная коньюгата = 11,8 см

От 17.05.2006 в 1000 (проведено с целью определения степени биологической зрелости шейки матки и амниотомии):

Наружные половые органы нормальные. Полова щель замкнута. Промежность без особенностей.

Влагалище свободное, широкое.

Шейка матки по оси таза, мягкая, укорочена до 1 см, маточный зев открыт на 3 см, края зева мягкие, растяжимые.

Зрелость шейки: 8 б. (зрелая)

Плодный пузырь цел. Произведено вскрытие, излилось 100 мл жидких светлых околоплодных вод без запаха.

Предлежит головка.

Предлежащая часть у входа в таз.

Проводная точка – малый родничок.

Стреловидный шов в правом косом размере.

Деформации тазовых костей нет. Крестцовая впадина выражена.

Диагональная коньюгата = 11,8 см

**Дополнительные исследования**

* Общий анализ крови от 16.05.2006:

Гемоглобин 110 г/л

Эритроциты 3,6 x1012/л

СОЭ 20 мм/ч

Тромбоциты 260х109/л

Лейкоциты 10х109/л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | Базофилы | миелоциты | Метамиелоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфоциты | Моноциты |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 4 | 71 | 20 | 4 |

Общий анализ мочи от 16.05.2006:

Количество: 270 мл

Уд. вес: 1020 мг/л

Цвет: солом. желтый

Прозрачность: прозрачная

Реакция: кислая

Белок: -

Сахар: отрицательно

Лейкоциты: 2-4 кл. в поле зрения

Эритроциты: 3-5 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 1-2 кл. в поле зрения

* Анализ мочи по Нечипоренко от 16.05.2006:

Лейкоциты 1500 кл. в поле зрения

* Биохимический анализ крови от 16.05.2006:

Билирубин общий: 16,0 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л)

Билирубин прямой: 4 мкмоль/л

Билирубин непрямой: 12 мкмоль/л

Мочевина: 4,8 ммоль/л

Креатинин: 0,072 ммоль/л

Тимоловая проба: 0,7 Ед

АлАТ: 0,47 мкмоль/л

АсАТ: 0,46 мкмоль/л

Сахар: 3,3 ммоль/л

Общий белок: 76,3 г/л

* Исследование гемостаза от 16.05.2006:

АПТВ 37 сек

ПТВ с 14 сек

Фибриноген 5,5 г/л

РФМК 11,5

* С-реактивный белок от 16.05.2006:

Слабо +

* Анализ крови на наличие ВИЧ и Австралийского антигена от 15.05.2006:

Отрицат.

* Реакция Вассермана от 15.05.2006:Отрицат.
* Мазок из влагалища от 15.05.2006:

Лейкоциты 10-20

Флора смешанная

* Посев из цервикально канала от 16.05.2006:

Streptococcus faecalis обильный рост

Чувствительность к ампициллину, клиндомицину, эритромицину, нечувствителен к цефалоспоринам.

* КТГ от 16.05.2006 в 1017:

7-8 баллов

* Определение биофизического профиля плода от 16.05.2006 в 930:

- головное предлежание плода; пороки развития плода не определены.

-биофизический профиль плода (по шкале Сидоровой): нестрессовый тест (3 балла), дыхательные движения (5 баллов), двигательная активность (4 балла), тонус плода (4 балла), околоплодные воды (3 балла), плацента (3 балла), СЗРП (5 баллов). Итого получаем 4 балла (3,9 баллов).

* ДПМ (допплерография сосудов матки и плода) от 15.05.2006 в 1430:

Кровоток в сосудах матки - не нарушен

Кровоток в сосудах пуповины – норма

Кровоток в сосудах плода – норма

**Клинический диагноз**

На основании даты последней менструации рассчитываем предполагаемый срок беременности. Сначала рассчитываем по дате окончания последней менструации (7 августа 2005), получается 40 неделя. Затем рассчитываем срок беременности по первому шевелению, в данном случае первое шевеление плода женщина отметила 08 Декабря 2005 (19-20 неделя беременности по менструации), поэтому срок беременности 40 неделя. По первой явке в женскую консультацию на основании данных акушерского исследования срок беременности 40 недель. Таким образом, можно поставить срок беременности 40 недель.

На основании данных наружного акушерского исследования по Левицкому-Леопольду можно определить, что плод имеет продольное положение, находится в головном предлежании, первой позиции, переднем виде.

На основании зрелости шейки матки и степени ее раскрытия (влагалищное исследование от 17 Мая 2006 в 1000) определяем период родов. В данном случае шейка зрелая (8 баллов), раскрытие полное. Т.о., беременная находится в конце первого периода родов.

На основании анамнеза определяем, хронический гастрит вне фазы обострения, и нефроптоз правой почки.

Т.о. на основании выше перечисленного ставим клинический диагноз:

Беременность 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, передний вид.

Форма таза нормальная. Конец первого периода. Хронический гастрит вне фазы обострения. Нефроптоз правой почки

**План ведения и прогноз родов**

План ведения родов

1. Роды проводить через естественные родовые пути с введением спазмолитиков и обезболивающих препаратов.
2. Профилактика слабости родовой деятельности в первом периоде родов (энзапрост) и втором периоде родов (окситоцин).
3. Двоиная профилактика кровотечения во втором и третьем периоде родов.
4. Профилактика внутриутробной гипоксии плода.
5. В родах контроль за продвижением головки и соответствие ее тазу матери.

**Прогноз родов**

1. Размеры таза по данным пельвиометрии, влагалищного исследования (CD>12,5 см) соответствуют норме, т.о. таз не является анатомически суженным. Однако, при наличии крупного плода все же возможно развитие клинически узкого таза. Для своевременной диагностики необходимо следить за моментом вставления головки и темпами ее продвижения по родовым путям.
2. Учитывая тенденцию к перенашиванию беременности вероятно развитие слабости родовой деятельности, для профилактики которой необходимо применять простагландины (энзопрост) в первом периоде родов и окситоцин во втором периоде родов.
3. При развитии клинически узкого таза и/или упорной слабости родовой деятельности в начале второго периода родов показано экстренное кесарево сечение.

**Течение родового акта**

Первый период родов

17 Мая 2006 в 630: общее состояние удовлетворительное, АД D 120/85 мм рт ст, АД S 120/85 мм рт ст, пульс 60 уд/мин, температура тела 36,7.

Характер родовой деятельности: отсутствует. Продольное положение плода, головное предлежание (затылочное), передний вид, головка прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин.

Плодный пузырь цел.

17 Мая 2006 в 700: общее состояние удовлетворительное, АД D 120/80 мм рт ст, АД S 120/80 мм рт ст, пульс 68 уд/мин, температура тела 36,6.

Характер родовой деятельности: схватки средней силы, через 2-3 мин по 30 сек. Продольное положение плода, головное предлежание (затылочное), передний вид, головка прижата ко входу в малый таз.

Плодный пузырь цел.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Плодного пузыря нет (амниотомия в 630 сего дня).

17 Мая 2006 в 1000: общее состояние удовлетворительное, АД D 120/80 мм рт ст, АД S 120/80 мм рт ст, пульс 70 уд/мин, температура тела 36,6.

Характер родовой деятельности: схватки имеют тенденцию к ослаблению, через 3 мин по 30 сек. Продольное положение плода, головное предлежание (затылочное),передний вид, головка прижата ко входу в малый таз. Произведено вскрытие, излилось 100 мл светлых околоплодных вод.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Плодного пузыря нет.

Второй период родов

17 Мая 2006 в 1010: общее состояние удовлетворительное, АД D 120/80 мм рт ст, АД S 120/80 мм рт ст, пульс 70 уд/мин, температура тела 36,6.

Характер родовой деятельности: схватки через 1 мин по 50 сек. Продольное положение плода, головное предлежание (затылочное), головка расположена на дне малого таза.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

17 Мая 2006 в 1035

общее состояние удовлетворительное, АД D 125/80 мм рт ст, АД S 125/80 мм рт ст, пульс 75 уд/мин, температура тела 36,6.

Характер родовой деятельности: схватки через 1 мин по 50 сек. Продольное положение плода, головное предлежание (затылочное), прорезывание головки.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 уд/мин.

17 Мая 2006 в 1040

общее состояние удовлетворительное, АД D 120/80 мм рт ст, АД S 120/80 мм рт ст, пульс 73 уд/мин, температура тела 37,0

Характер родовой деятельности: схватки через 1 мин по 30 сек. Рождение:вес 3500 гр. рост 51 .девочка

**Оценка состояние через 5 минут**

Сердцебиение 120 уд. в мин.

Дыхание редкие единичные

Окраска кожи бледно- цианотичная

Мышечный тонус снижен

Гримаса и движения

**Ранний послеродовый период**

17 Мая 2006 в 1115: общее состояние удовлетворительное, АД D 120/70 мм рт ст, АД S 120/70 мм рт ст, пульс 80 уд/мин, температура тела 36,8.

Послед отделился самостоятельно

Матка сократилась, плотная.

Кровопотеря в родах 300 мл.

**Анализ родов**

Анализируя течение родов, получаем следующие результаты:

Продолжительность родового акта: 440 часа

Первый период родов: 310 часа.

Второй период: 30 минут.

Третий период 35 минут.

Родоразрешение произведено естественным путем .

Ведение родов по периодам было произведено правильно. В первом периоде родов было произведено адекватное обезболивание (промедол), родовспоможение (энзопрост). Во втором периоде проведенное акушерское пособие было правильным ,удалось избежать осложнений со стороны матери и плода. Послеродовый период без особенностей.

**Заключительный диагноз**

Беременность 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, передний вид.

Форма таза нормальная. Конец первого периода. Хронический гастрит вне фазы обострения. Нефроптоз правой почки. Акушерское пособие.