Санкт – Петербургская Медицинская Академия им. И. И. Мечникова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Зав. кафедрой: проф. Костючек Д. Ф.

Преподаватель: кмн. Головина Л. И.

Диагноз: роды повторные в срок 40/41 неделя. Первый период.

Куратор: Новиков Андрей

Анатольевич

446 группа

Санкт – Петербург 1998

**Паспортная часть**

1. Ф.И.О.:
2. Возраст: 27 лет
3. Профессия: стоматологическая медсестра
4. Профвредности: отсутствуют
5. Время поступления в клинику: 02.05.98. в 23:15, доставлена машиной скорой помощи

**Жалобы при поступлении**

При поступлении в приемное отделение родильного дома женщина жаловалась на регулярные схватки с 21:10, продолжающиеся 10-15сек. с паузами в 10-15 минут.

На другие органы и системы жалоб нет.

**Анамнез жизни**

родилась в 1970г. в г. Санкт-Петербурге. Росла и развивалась нормально, соответственно возрасту. В 1986г. закончила среднюю школу N 470 и поступила в медицинский техникум. В 1990г. была аттестована по специальности стоматологическая медсестра.

Перенесенные заболевания: ветрянка, ОРЗ, ангины; с 1980г. поставлен диагноз пиелонефрит.

Привычных интоксикаций нет.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Наследственность не отягощена.

Эпиданамнез: гепатиты, малярию, дифтерию, туберкулез, венерические заболевания отрицает. С инфекционными больными не контактировала. За пределы города за последние 6 месяцев не выезжала.

Страховой анамнез: декретный отпуск с 36 недели беременности.

**Акушерско-гинекологический анамнез**

Первые месячные с 15 лет. Установились сразу. Продолжительность 4 дня. Цикл 28 дней. Выделения обильные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Заболеваний половой сферы не отмечает. В 1993г. была первая беременность. Протекала спокойно, без осложнений. Родила девочку на 40-ой неделе. В 1995г. была вторая беременность. На сроке 8 недель сделан микроаборт. Без осложнений. В 1997г. третья, данная беременность. На сроке 12 недель женщина встала на учет в консультацию. Посещала ее регулярно, 1 раз в 2 недели. До 20 - ой недели беременность протекала благополучно. Раннего токсикоза не было. На 27 - ой неделе было сделано УЗИ плода и был поставлен диагноз: маточно-плацентарная недостаточность. По этому поводу женщина была госпитализирована в декабре на 10 дней. В стационаре больная получала эссенциале-форте по 1 капсуле 3 раза в день; эуфиллин по 1 таблетке 2 раза в день; папаверин 1мл в/м 1 раз в день; витамин Е три раза в день по 1 капсуле; поливитамины. В конце декабря женщина была выписана с диагнозом: беременность 30 недель, прогрессирующая. АД до беременности 120/70; во время беременности

120/80. За всю беременность женщина поправилась на 16 кг. С 28 - ой недели отмечалась патологическая прибавка до 1.5 кг за 2 недели. Патологических изменений в анализах мочи не было. Срок беременности в настоящее время 40/41 неделя по шевелению плода.

**Данные объективного исследования**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Рост 170 см, вес 82 кг, окружность грудной клетки 108см. Тип конституции гиперстенический. Внешний вид соответствует паспортному возрасту. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Визуальные слизистые оболочки блестящие чистые. Склеры белые. Тургор тканей сохранен. Питание удовлетворительное. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Отмечается постозность голеней, предплечий и лица. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижны. Мышечный корсет развит удовлетворительно, тонус и сила мышц сохранены одинаково с обеих сторон. Кости не деформированы.

Суставы правильной формы, движения в полном объеме, безболезненные. Ногтевые фаланг пальцев не изменены. Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет физиологические изгибы. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненная.

Исследование сердечно-сосудистой системы:

Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в 5-ом межреберье на 1.5см кнутри от linea medioclavicularis, средней силы, площадью 2.5см. Сердечный толчок не пальпируется. Пульс частотой 72 уд/мин. удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный на обеих руках.

При перкуссии правая граница сердечной тупости определяется в четвертом межреберье - на 1.5см кнаружи от правого края грудины, в 3-ем межреберье на 0.5см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется между l.sternalis и l parasternalis на уровне 3-го ребра.

Левая граница относительной сердечной тупости определяется в 5-ом межреберье на 1.5см кнутри от linea medioclaviculaaris, в 4-ом межреберье - на 1.5см кнутри от l. medioclavicularis, 3-ем межреберье на 1.5см кнаружи от l. parasternalis.

Границы бсолютной сердечной тупости.

Правая граница в 4-ом межреберье, между linea sternalis и parasternalis. Левая на 0.5см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости. Сосудистый пучок в 1 и 2-ом межреберье не выходит за края грудины. При аускулльтации на верхушке сердца первый тон приглушен, соотношение между первым и вторым тоном сохранено. На основании сердца второй тон приглушен, соотношение между первым и вторым тоном не изменено, акцент второго тона на аорте и легочной артерии отсутствует. Артериальное давление на момент осмотра = 130/90.

**Система органов дыхания**

Обе половины грудной клетки равномерно и активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - брюшной. Дыхание ритмичное с частотой 20 дыхательных движений в минуту, средней глубины. При пальпации грудная клетка безболезненная, элластичная. Голосовое дрожание умеренное по силе, одинаковое с обеих сторон. Границы легких не изменены.

Топографическая перкуссия легких

Нижние границы легких:

Высота стояния верхушек легких спереди на 3см выше ключицы, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига 6см. Активная подвижность нижнего края легких по linea axillaris media 6см. справа и слева. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается дыхание с жестким оттенком. Побочных дыхательных шумов нет.

**Пищеварительная система**

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета. Язык обычных размеров, розовый, влажный, чистый, сосочки сохранены; обложенность, трещины, опухоли, язвы отсутствуют. Полость рта санирована. Миндалины не увеличены, гнойные пробки и налет отсутствуют. Слизистая сухая, гладкая. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация затруднена. Селезенка не пальпируется, пальпация безболезненная. Перкуторно верхний полюс на уровне 9 ребра, нижний - на уровне 11 ребра по l. axillaris media.

**Мочевыделительная система**

Почки не пальпируются. Симптом Гольдмана с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточников и в проекции мочевого пузыря безболезненная.

**Нервная система**

Сознание ясное, психическое состояние без особенностей. Больная адекватно реагирует на окружающих. Физиологические рефлексы сохранены.

**Акушерский статус**

Уровень высоты дна матки на середине между пупком и мечевидным отростком (30 см выше лона). Окружность живота 98см. Диаметр головки плода 10см. Предполагаемый вес плода 2940г.

Размеры таза женщины:

1. D. spinarum 26см;
2. D. cristarum 29см;
3. D. trochanterica 31см;
4. Conjugata externa 21см;
5. Истинная конъюгата 12см;
6. Диагональная конъюгата 13см ( определяется при влагалищном исследовании ).
7. Прямой размер выхода таза 10см.
8. Поперечный размер выхода таза 17.5см.
9. Индекс Соловьева 16см, широкая кость.

Пальпация живота беременной по Леопольду - Левицкому.

1. Определяем высоту стояния дна матки - 30см выше лона.
2. Не отнимая рук ведем на боковые поверхности живота;
3. Правую руку кладем над входом в малый таз, осуществляем баллотирование: предлежит головка.
4. Если головка над малым тазом, то мы сможем свести пальцы.

Положение плода продольное, головное предлежание, головка подвижна над входом в малый таз, I позиция, передний вид.

Сердцебиение плода ритмичное, тоны ясные, 130 ударов в минуту. Ромб Михаэлиса: вертикальный размер 12см; поперечный размер 10см.

Pev vaginum 02.05.98. 23:45.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище достаточной емкости. Вход во влагалище свободный. Шейка матки по проводной оси малого таза, мягкой консистенции, длиной 3см, свободно проходима для одного пальца за плотноватый верхушечный зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Деформаций костей таза нет.

Осмотр в зеркалах: шейка матки покрыта неизмененной слизистой оболочкой розового цвета. Наружный зев щелевидной формы.

**Диагноз и его обоснование**

На основании даты последней менструации 15.10.97; первой явки в консультацию в 12 недель; данные УЗИ в начале декабря - 12 недель. А также на основании определения высоты стояния дна матки - на середине линии, соединяющий пупок и мечевидный отросток, состояние женщины можно расценивать как беременность на сроке 40/41 неделя.

Учитывая патологическую прибавку с 28 недели до 1.5 кг за 2 недели; всего за беременность женщина прибавила 16кг; а также постозность голеней. Предплечий, лица: состояние можно расценивать как отеки беременности.

Диагноз: беременность 40/41 неделя, отеки беременных.

**План ведения родов**

Роды вести через естественные родовые пути на фоне спазмолитиков ( но-шпа по 2мл в/в или в/м; папаверина гидрохлорид 2% - 2ml + дибазол 0.5% - 2ml. Адекватное обезболивание в родах. Следить за развитием родовой деятельности, динамикой АД, а также продвижением головки плода. При слабости родовой деятельности своевременно решить вопрос о родостимуляции. Во II и III периоды родов провести профилактику кровотечения путем в/в капельного введения окситоцина 5 ЕД на 400ml физраствора, начать с 8-10 капель в минуту.

**Клиническое течение родов**

В течении родового акта выделяют 3 периода: 1 – раскрытия, начинается с первой схваткой. Схватки становятся частыми, интенсивными, продолжительными

Вызывают сглаживание и раскрытие шейки матки. Период раскрытия заканчивается переходом схваток к потугам и отхождением околоплодных вод. В этом периоде происходит формирование контракционного кольца – граница между сокращающейся в родах верхней частью матки (дно, тело) и активно расслабляющимся нижним сегментом. Его можно определить после излития вод. Нижний сегмент матки охватывает предлежащую часть плода плотном прилегающим к ней кольцом –внутренний пояс соприкосновения. Раскрытие шейки матки у повторно родящих происходит одновременно с раскрытием наружного и внутреннего зева. Полное раскрытие шейки указывает на окончание I периода. II период – изгнание плода. Начинается с полного раскрытия шейки матки, перехода схваток в потуги и заканчивается рождением ребенка. После излития вод схватки не надолго прекращаются или ослабевают. Затем с усилением схваток предлежащая часть приближается к тазовому дну, оказывает на него возрастающее давление, в ответ на которое появляются потуги. Предлежащая часть плода растягивает половую щель и рождается. У повторно родящих этот период длится от 15 минут до 1 часа. III период – последовый, является самым коротким. Дно матки после рождения плода находится на уровне пупка. Наблюдаются умеренные болевые ощущения у повторно родящих. Во время каждой последовой схватки матка становится плотной, более узкой постепенно уплощается, и дно ее поднимается вверх (выше пупка) и отклоняется вправо. Это указывает на отделение плаценты от плацентарной площадки. Контуры матки изменяются. В нижнем сегменте матки, несколько выше лобка образуются неглубокая перетяжка придающая матке форму песочных часов. Эти изменения свидетельствуют, что послед вместе с ретроплацентарной гематомой опустились в нижний сегмент матки. Из родовых путей выделяется около 250 мл крови. Кровопотеря является физиологической если она не оказывает отрицательного влияния на организм женщины, и составляет 0,5% от массы тела роженицы, но не более 400 мл. после рождения последа матка резко сокращается она возвращается в срединное положение, выступает через переднюю брюшную стенку в виде плотного округлого образования. Дно ее находится по средней линии между пупком и лобком. Продолжительность последового периода составляет 10 – 12 минут, максимально допустимая – 30 минут. Во время первого периода необходимо следить за состоянием плода. Не реже, чем каждые 15 – 20 минут нужно производить выслушивание сердечных тонов. Так же нужно следить за опорожнением мочевого пузыря и кишечника, рекомендуем мочится через каждые 2 – 3 часа, при поступлении делаем клизму. Наружные половые органы обрабатывают дезинфицирующим раствором не реже одного раза в 6 часов. Обязательно проводится обезболивание родов спазмолитиками. Во время второго периода следим за общим состоянием, АД, PS. Обязательно за характером родовой деятельности: частотой, силой и продолжительностью схваток и потуг. Особое внимание обращают на состояние нижнего сегмента матки. Оценивают наружные половые органы, характер выделений из влагалища. Во время третьего периода боимся кровотечения. Ведется активно – выжидательно. Следим за РS и АД. Опорожняем мочевой пузырь катетером. Учитываем кровопотерю. После рождения плаценты тщательно ее осматриваем.

Женщина родила девочку 3700 гр. И рост 52 см. по шкале Апгар ребенок оценен на 8 баллов. После рождения ребенка акушерка в стерильных перчатках обтирает его стерильной марлей смоченной в стерильном растительном масле. Стерильной трубочкой от отсоса, отсасывают слизь из носа и рта ребенка. Потом кладут его на стерильную подогретую пеленку. Доношенный здоровый ребенок сразу после рождения начинает дышать, издает громкий крик, активно двигает конечностями. Сразу же после рождения ребенка и оказания ему необходимого пособия приступают к обработке глаз, для чего в начале протирают веки сухой стерильной ватой отдельным тампоном для каждого глаза от наружного угла к внутреннему. Затем слегка оттягивают нижнее веко и приподнимают верхнее, капают на слизистую оболочку в нижней переходной складке глаза одну каплю 30% р-ра натриевой соли альбуцида. Промывание глаз после закапывания не производится. Раствор готовится в аптеке и меняется ежедневно, пипетки стерилизуют в автоклаве. Далее акушерка в два приема обрабатывает пуповину ребенка. Первый этап - после прекращения пульсации пуповины на нее накладывают два зажима, один на расстоянии 10 см от пупочного кольца, а второй на 2 см кнаружи от первого. Участок пуповины находящийся между зажимами, обрабатывают 5% спиртовым раствором йода и пересекают его. Второй этап – остаток пуповины протирают стерильной салфеткой, пуповину туго отжимают между указательным и большими пальцами. Затем в специальные щипцы вкладывают стерильную металлическую скобку, пуповину вводят между браншами скобки так, что бы нижний край ее был расположен на расстоянии 0,5 – 0,7 см от кожного края пупочного кольца. Щипцы со скобками смыкают до их защелкивания. Остаток пуповины с наложенной скобкой остается открытым и уход за ним осуществляется без повязки. После обработки пуповины, закончив туалет новорожденного его взвешивают, измеряют его рост, размеры головки и плечиков, на руки одевают браслеты из клеенки на браслеты предварительно пишут ФИО матери, № истории родов, пол ребенка, массу тела, рост, дату рождения. Через 2 часа ребенка переводят в палату новорожденного.

**Ранний послеродовый период**

За родильницей наблюдают в родильной комнате не менее 2х часов. При этом обращают внимание на общее состояние женщины, определяют пульс, справляются о самочувствии, периодически выясняют нет ли кровотечения из влагалища. Если жалоб нет, состояние родильницы хорошее, PS нормального наполнения и не учащен, матка плотная, кровянистые выделения умеренные, родильницу переводят в послеродовое отделение.

**Эпикриз**

27 лет на сроке 40/41 неделя поступила 02.05.98 в 23:15 со схватками. Роды протекали нормально, без осложнений. Последовый и ранний послеродовый период не осложнены. 08.05.98 женщина была выписана.