СХЕМА НАПИСАНИЯ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО

АКУШЕРСТВУ

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Зав. кафедрой Преподаватель

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ РОДОВ

Ф. И.О. (пациентки)

Предварительный диагноз:

Клинический диагноз:

Заключительныи диагноз:

Фамилия, имя, отчество студента Группа

Время курации с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф. И.О.

Дата и год рождения

Возраст

Адрес

Место работы, должность

Регистрирован ли брак

Дата поступления

Дата начала курации

диагноз

## ЖАЛОБЫ

В данном разделе необходимо отразить субъективные ощущения беспокоящие пациентку во время первичного осмотра, записываются со слов беременной. Необходимо выделить основные жалобы и второстепенные.

## ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ)

Anamnesis morbi

Раздел рекомендуется начать с указания даты начала последних месячных, затем необходимо описать течение беременности до обращения в медицинское учреждение, чаще всего в женскую консультацию или гинекологический стационар.

Дата первичного обращения и срок беременности (дата постановки на учет в женскую консультацию) указываются, по возможности, точно.

Обязательным является описание динамики наблюдения за беременной (вес, давление и т.д.)

Anamnesis morbi вклюпает и себя сведения о проведенных обследованиях с их оценкой.

При прохождении пациенткой амбулаторного или стационарного лечения указывается диагноз, лечебные мероприятия, исход заболевания.

Прошла ли пациентка курс исихопрофилактической подготовки к родам.

Заканчивая раздел, Вы указываете причины данного обращения (госпитализации).

## ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОЙ

Anamnesis vitae

В данном разделе должны быть отображены периоды жизни пациентки с указанием особенностей их течения (перечислите заболевания начиная с детства, нахождение на диспансерном учете).

Обязательно указываются условия быта и труда не только при беременности, но и за другие периоды жизни.

Отдельным пунктом выделяется: половой анамнез

возраст начала месячных, их регулярность, длительность, субъективные ощущения во время месячных, обильность.

Паритет

Вредные привычки беременной, мужа (употребление наркотиков, алкоголя, курение).

возраст мужа

аллергоанамнез

наличие в анамнезе гемотрансфузий.

Status praesens

Состояние, сознание, положение. Конституция. Рост, вес до беременности и на момент госпитализации в стационар. ИМТ, температуру тела, кожный покров, видимые слизистые. Подкожно - жировая клетчатка. Периферические отеки (есть или нет, если есть - где конкретно). Лимфатические узлы. Молочные железы - оценка по Танеру, данные пальпации молочной железы, форма сосков, целостность их эпителиального покрова, характер пигментации околососкового кружка, выделение из сосков.

Мышцы, их развитие, тонус и сила. Суставы, их конфигурация, движения.

Органы дыхания: грудная клетка, ее форма, тип дыхания. ЧДД. Перкусия, аускультация.

Органы кровообращения: видимая пульсация. Верхушечный толчок. Границы абсолютной и относительной тупости соответствуют аускультация ЧСС = PS, его характеристика.

Артериальное давление на обеих плечевых артериях (проба с поворотом, среднее артериальное давление). Изменения периферических вен.

Органы пищеварения: живот увеличен за счет беременной матки, пальпация живота. Симптомы раздражения брюшины. Перистальтика. Печень, селезенка.

Органы мочевыделения: состояние поясничной области (сглаженность, припухлость) симптом поколачивания. Дизурические расстройства. Мочеиспускание.

Нервная система и психическая сфера: ориентация в пространстве и времени. Нарушение режима сна и бодрствования, сухожильные рефлексы.

Эндокринная система: щитовидная железа.

Оценка молочных желез по Таннеру.

## СПЕЦИАЛЬНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Наружный осмотр живота (отметить увеличение живота, его форму), с указанием высоты стояния дна матки и окружности живота, измеренные сантиметровой лентой.

Производится подсчет предполагаемой массы плода.

2. Наружное акушерское исследование с применением методов Леопольда Левицкого.

При описании проведения приемов описывайте цель исследования, методику у обследуемой пациентки и полученные результаты.

3. Наружная пельвиометрия.

Измеряем размеры

distancia spinarum

distancia cristarum

distancia trochanterica

conjqets externa

прямой размер выхода таза

поперечный размер выхода таза

высота лона

лонный угол

ромб Михаэлиса

индекс Соловьева.

Измерение производится самостоятельно, с оценкой каждого размера.

4. Подсчет индексов таза с оценкой каждого результата. В завершении необходимо сделать вывод о возможности ведения родов через естественные родовые пути.

5, Подсчет срока беременности.

Необходимо стремиться максимально объективизировать срок беременности, что возможно добиться получением результатов при подсчете наибольшим количеством способов.

по первому дню последних месячных

по дню первого обращения в женскую консультацию

по данным УЗИ необходимо помнить, что чем раньше было выполнено УЗИ, тем более достоверным является определение срока беременности. Однако при проведении УЗИ в сроке до 12 недель беременности врачом ультразвуковой диагностики может быть указан срок беременности по сроку зачатия.

по первому шевелению плода

но высоте стояния дна матки

Подобные требования предъявляются к подсчету даты родов.

6. Оценка пренатальных факторов риска.

Подсчет проводится по шкале пренатальных факторов с указанием пункта и соответствующего ему балла. В завершении производится суммарный подсчет и вывод (указание группы риска).

7. Status qynoecoloqicus

Наружный осмотр половых органов (правильность развития оволосения, наличие или отсутствие отделяемого из уретры и парауретральных ходов).

Осмотр в зеркалах (цвет слизистой, влагалища, шейки матки. Целостность эпителия шейки матки. Наличие или отсутствие отделяемого из цервикального канала).

Влагалищное исследование.

При проведении влагалищного исследования оценивается состояние шейки матки по Бишопу и обязательным выводом о зрелости шейки матки. Наличие или отсутствие ялодного пузыря. Оценивается предлежащая часть.

При наличии особенностей, выявленных при влагалищном исследовании (наличие эзастозов, опухолей, достижении мыса и т.д.), они указываются.

После проведения вагинального исследования всегда выставляется диагноз.

Предварительный диагноз основывается на результатах полученных от сбора анамнеза и осмотра.

Этиология основного заболевания.

Патогенез основного заболевания.

План обследования.

В итоге обследования необходимо указать все диагностические мероприятия, необходимые для уточнения диагноза.

План ведения беременной.

План ведения родов.

Составляется при поступлении пациентки в стационар в сроки более 36 недоль беременности.

Указывается наиболее оптимальный метод родоразрешения. Профилактика и лечение выраженных осложнений.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

При проведении инструментальных методов обследования необходимо принести описательную часть обследования и заключение.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Диагноз строится на основании МКБЗО.

На первом месте выставляется наличие беременности и ее срок.

Далее указывают патологическое предлежание плода при его наличии.

"Затем следует выявление осложнений беременности. Обращают внимание ж соматические нейроэндокринные заболевания, генитальную патологию с указанием на степень ее выраженности. Отмечается наличие отягощенного акушерского (гинекологического) анамнеза.

В последнюю очередь, но так же подробно, оценивают состояние плода.

Обоснование клинического диагноза: обоснование всех пунктов, указанных j клиническом диагнозе проводите отдельно с учетом жалоб, анамнеза, полученпьп результатов обследований.

## ЛЕЧЕНИЕ

В данном разделе необходимо учитывать, что Ваши назначения применимы не назологической единице, а к конкретной беременной.

Назначения не должны иметь противопоказаний к применению у беременных.

Применяемые препараты и схемы лечения должны быть современными.

Лекарственных препаратов не должно быть более 5 и они все должны быть совместимы.

При назначении препаратов необходимо приводить дозу препарата и кратность применения.

В академической истории болезни необходимо указать цель каждого назначения.

## ДНЕВНИК КУРАЦИИ

После каждой курации необходимо отобразить состояние пациентки, ишимически изменения в органах и системах (АД, Ps, прибавка веса и т.д.). В каждом дневнике должно быть отображение состояния плода.

Течение первого периода родов отображается партограммой.

Продолжительность П-го периода.

Продолжительность IП-го периода.

Оценка но Апгар.

Вес новорожденного.

Длина новорожденного.

## ОЦЕНКА ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В БАЛЛАХ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа | №/№ п/п | | ФАКТОРЫ РИСКА | | Оценка в баллах |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 |
| I СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ | | | | | |
|  | 1 | | Возраст матери До 20 лет 30 - 34 года 35-39 лет 40 лет и более | | 2 2 3 4 |
|  | 2 | | Возраст отца 40 лет и более | | 2 |
|  | 3 | | Профессиональные вредности: У матери  У отца | | 3 3 |
|  | 4 | | Вредные привычки Мать: курение 1 пачки сигарет в день злоупотребление алкоголем Отец: злоупотребление алкоголем | | 1 2 2 |
|  | 5 | | Эмоциональная нагрузка | | 1 |
|  | 6 | | Рост и весовые показатели матери: Рост 150 см. и менее Вес на 25% выше нормы | | 2 2 |
|  |  | | СУММА БАЛЛОВ | |  |
| II АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ | | | | | |
|  | 1 | | Паритет (которые роды) 4-7 8 и более | | 1 2 |
|  | 2 | | Аборты перед первыми настоящими родами 1 2 3 и более | | 2 3 4 |
|  | 3 | | Аборты перед повторными родами или после последних родов 3 и более | | 2 |
|  | 4 | | Преждевременные роды 1 2 и болшее | | 2 3 |
|  | 5 | | Мертворождение 1 2 и более | | 3 3 |
|  | 6 | | Смерть в неонатальном периоде 1 2 и более | | 2 7 |
|  | 7 | | Аномалии развития у детей | | 3 |
|  | 8 | | Неврологические нарушения | | 2 |
|  | 9 | | Вес доношенных детей до 2500 и 4000г и более | | 2 |
|  | 10 | | Бесплодие: 2-4 года 5 лет и более | | 2 4 |
|  | 11 | | Рубец на матке после операции | | 3 |
|  | 12 | | Опухоли матки и яичников | | 3 |
|  | 13 | | Истмико-цервикеальная недостаточность | | 2 |
|  | 14 | | Пороки развития матки | | 3 |
|  |  | | СУММА БАЛЛОВ | |  |
| III ЭКСТРАГЕНИТАЛЫШЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ | | | | | |
|  | | 1 | | Сердечно-сосудистые: А) пороки сердца без нарушения кровообращения Б) пороки сердца с нарушением кровообращения В) гипертоническая болезнь I-II-III степени Г) вегето-сосудистая дистония | 3 10 2-8-12  2 |
|  | | 2 | | Заболевания почек: А) до беременности Б) обострение заболевания при беременности В) заболевание надпочечников | 2 7  7 |
|  | | 3 | | Эндокринопатии: А) диабет Б) диабет родных В) заболевания щитовидной железы | 10 1  7 |
|  | | 4 | | Анемия Нв (г/процентов) 9-10-11 | 4-2-1 |
|  | | 5 | | Коагулопатии | 2 |
|  | | 6 | | Миопия и другие заболевания глаз | 2 |
|  | | 7 | | Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.) | 3 |
|  | | 8 | | Острые инфекции при беременности | 2 |
|  | |  | | СУММА БАЛЛОВ |  |
| IV ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ | | | | | |
|  | | 1 | | Выраженный ранний токсикоз | 2 |
|  | | 2 | | Поздний токсикоз: А) водянка Б) нефропатия I-II-III степени В) эклампсия Г) преэклампсия | 2 3-5-10 12 11 |
|  | | 3 | | Кровотечение в I и II половине беременности | 3 - 5 |
|  | | 4 | | РН и АВО изосенсибилизации | 5-10 |
|  | | 5 | | Многоводие | 4 |
|  | | 6 | | Маловодие | 3 |
|  | | 7 | | Тазовое предлежание плода | 3 |
|  | | 8 | | Многоплодие | 3 |
|  | | 9 | | Переношенная беременность | 3 |
|  | | 10 | | Неправильное положение плода (поперечное, косое) | 3 |
|  | |  | | СУММА БАЛЛОВ |  |
| V ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА | | | | | |
|  | | 1 | | Гипотрофия плода | 10 |
|  | | 2 | | Гипоксия плода | 4 |
|  | | 3 | | Содержание эстриола в суточной моче 4,9 мг/сут. в 30 недель | 3-4 |
|  | | 4 | | Изменение вод при амниоскопии | 8 |
|  | |  | | СУММА БАЛЛОВ |  |

По сумме баллов беременные относятся к группе:

НИЗКОГО РИСКА - до 4 баллов

СРЕДНЕГО РИСКА - 5 - 9 баллов

ВЫСОКОГО РИСКА - 10 баллов и выше