Государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

ИСТОРИЯ РОДОВ

Пациентка x,21 лет

Клинический диагноз:

Беременность 33 неделя, продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, задний вид.

сочетанный гестоз второй половины, легкой степени тяжести, ожирения I ст.

2008

**Паспортная часть**

ФИО: Пациентка x

Возраст: 21 год

Место работы: рабочая на заводе

Проф. вредности: отсутствуют

Домашний адрес:

Дата и время поступления 19.06.2008, в 20.00

Клинический диагноз:

Беременность 33 неделя, продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, задний вид. сочетанный гестоз второй половины, легкой степени тяжести, ожирения I ст.

***Жалобы***

На перефирические отеки, на руках и ногах.

**Anamnesis vitae**

Общий анамнез

Родилась в 27.05.1987 году в полной семье. Наследственность (в т.ч. и по многоплодию) не отягощена. Эксрагенитальной патологии нет.

Аллергические реакции на лекараственные препараты,пищивые продукты не отмечает. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Рахитом в детстве не страдала.

Акушерско-гинекологический анамнез

А) Менструальная функция: Первая менструация на 13 году, установилась сразу. Продолжительность 3 дней. Выделения умеренные, кровь со сгустками. Периодичность 28 дней. Ритмичность менструальных циклов не нарушена. Иногда 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. Муж здоров, ЗППП отрицает.

С) Детородная функция: первая беременность наступила на 3 году

Половой жизни. Всего беременностей 1.

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 26.10.2007, конец 28.10.2007. Первое шевеление плода в26.03.2008 (в 21 недель). Течение первой половины беременности нормалено без осложнений.

Течение второй половины беременности: в 30-31 неделю беременности диагностирован гестоз легкой степени тяжести.

Дата первой явки в женскую консультацию: 5-6 неделя беременности

Посещение женской консультации: еженедельно

Физиопсихопрофилактика не проводилась

Дородовый отпуск в 30 недель.

**Объективное исследование**

Больная правильного телосложения. Костно-мышечная система развита нормально, искривлений позвоночника нет, укорочений конечностей нет, анкилозов тазобедренных и коленных суставов не выявлено. Конституция гиперстеническая. Беременная умеренного питания. Походка без особенностей. Выявлены отеки на стопах ног а так же на руках.

Рост 168 см.

Вес тела 87 кг.

Пульс 68 уд/мин

АД D 110/70 мм.рт.ст.

АД S 110/70 мм.рт.ст.

САД исходный 83 мм.рт.ст.

САД настоящее 83 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 19 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 II (А)

Rh (+)

**Специальное акушерское исследование**

Форма живота продольный овоид

Окружность живота 102 см

Высота стояния дна матки над лоном 37 см

Размеры таза:

Distantia spinarum 26 см

Distantia crisarum 33 см

Distantia trochanterica 36 см

Conugata externa 23 см

Ромб Михаэлиса правильный, диагональ > 10 см

Наружное акушерское исследование приемами Левицкого-Леопольда: положение плода продольное (по второму приему Левицкого-Леопольда определяется спина и части плода по боковым стенкам матки, в дне определяется тоже части плода) , позиция первая (спина плода обращена к левой стенке матки), вид передний (спина плода обращена к левой и задней стенкам матки), предлежание головное(по третему приему Левицкого-Леопольда определяется головка над входом малого таза).

Предлежащая часть прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин, выслушивается справа ниже пупка.

Предполагаемый вес плода (по узи) = 2900г

Предполагаемый вес плода = ОЖ\*ВДМ = 102\*28,5=2907г

**Влагалищное исследование**

Цель исследования:

Для определения состояния Наружных половых органов Половой щели, Промежности, Влагалища и его проходимость.

Так же влагалищное исследование проводиться для определения расположения и состояния Шейки матки, ее консистенции

А так же для определения состояния маточного зева, его края и их растяжимости.

А так же для оценки Зрелости шейки, Плодного пузыря, Предлежания плода. Состояния тазовых костей, Диагональной коньюгаты.

**Дополнительные исследования**

* Общий анализ крови:

Цель анализа:

Для исключения анемии и изменения характерны для воспления ,для определения гемконсентрации и каличества тромбоцитов и всех форминных элементов крови.

* Общий анализ мочи:

Цель анализа:

Для вывления каких либо отклонений в моче, исключения портенурии, лейкоцитурии, гематоурии.

Анлиз мочи по станчеву

для определения объема и уделного веса.

Анализ мочи по земницкому

Для определения дневного и ночного диуреза, плотность.

* Биохимический анализ крови:

Цель анализа:

Оценка функции печени, почек и исключение заболевания этих органов, уравень сахара в крови, общии белок.

Гемеостазграмма:

Для оценки состояния свертивающей системы крови.

* Анализ крови на наличие ВИЧ и Австралийского антигена:

Цель анализов:

Исключение спида и гепатита В.

* Реакция Вассермана:

Для исключения сифилиса

* узи:

- предлежание плода; пороки развития плода.

-биофизический профиль плода (по шкале Сидоровой): нестрессовый тест, дыхательные движения, двигательная активность, тонус плода, околоплодные воды, плацента, СЗРП, (**для оценки функционального состояния плода).**

* ДПМ (допплерография сосудов матки и плода):

Для оценки состояния кровотока в сосудах матки, пуповины, плода.

Ктг:

Для оценки функционального состояния плода.

Осмотр специалистов

1-терапевт: для оценки функции всех органов и систем, а так же для исключения экстргенитальных заболевани.

2-окулист: для оценки состояния глазного дна.

**Клинический диагноз**

На основании даты последней менструации рассчитываем предполагаемый срок беременности. Сначала рассчитываем по дате окончания последней менструации (26.10.2007), получается 34неделя. По первой явке в женскую консультацию на основании данных акушерского исследования срок беременности 33 неделя. Таким образом, можно поставить срок беременности 33 неделя.

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

Поздний гестоз определяем на основании выявленных отеков стоп,кистей. Степень тяжести определяем по квантификационной шкале. Отеки периферические (2 балл), протиенурии нет (0 балл), среднее АД = исходному(0 балл),состояние глазного дна нормальное (0 балл),срок беременности при котором появились отеки 33 нед (2 балла),экстрагенитальное заболевание(ожирениеI ст ) ( 1 балл). Итого – 5 балла – что соответствует легкой степени гестоза.

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

**Беременность 33 неделя, продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, задний вид,** **сочетанный гестоз второй половины, легкой степени тяжести, ожирения I ст.**

**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. 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.

6. Контроль гемодинамики и продолжение лечение гестоза в роды.

7. Ранняя амниотомия для достижения гипотензивного эффекта.

**Прогноз родов**

1. Размеры таза по данным пельвиометрии, влагалищного исследования соответствуют норме, т.е. 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.

При развитии клинически узкого таза и/или упорной слабости родовой деятельности в начале второго периода родов показано экстренное кесарево сечение.

1. Поскольку больная страдает поздним гестозом легкой степени тяжести необходимо следить за АД беременной. При повышении АД – относительная управляемая нормо- (гипо-) тония.

Ведение родов по периодам:

Ведение первого периода родов

Партограмма – карта почасового интенсивного наблюдения за роженицей:

* Характеристика схваток
* Динамика раскрытия шейки матки
* Сердцебиение плода
* Время излития вод
* Показатели гемодинамики роженицы
* Назначения (Энергетический глюкозо-витаминный фон (В,С, АТФ, кокарбоксилаза),

Спазмолитики, Препараты кальция, Эстрогены и эстрогеноподобные средства (сигетин))

Ведение второго периода родов

* Контроль за характером родовой деятельности
* скоростью опускания предлежащей части плода
* сердцебиением плода после каждой потуги
* показателями гемодинамики роженицы
* выделениями из половых путей

Рациональное ведение родов

* Оценка скорости раскрытия шейки матки (так как больная I-родящая то: – 0,5 см/ч - до 6 см и 1 см/ч - от 6 до 10 см открытия)
* Динамическая оценка скорости продвижения предлежащей части по родовым путям (– до 30 мин. на каждую плоскость малого таза). Адекватное обезболивание и своевременная амниотомия.
* Профилактика аномалий родовой деятельности
* Профилактика гипоксии плода
* Профилактика кровотечения

**Ранний послеродовый период**

Наблюдение за выделением последа, оценка кровопотери, Наблюдение за общем состоянием роженицы, за показателями гемодинамики.

**Заключительный диагноз**

**Беременность 33 неделя, продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, задний вид.** сочетанный **гестоз второй половины, легкой степени тяжести, ожирения I ст.**

**Лечение**

**Принципы лечение гестозов**

* Воздействие на ЦНС
* Гипотензивная терапия
* Инфузионно-трансфузионная терапия
* Дезагреганты и антикоагулянты
* Антигистаминные препараты
* Оксигенация и метаболики
* Эфферентные методы

Так как гестоз легкой степени – то можно проводит леченние до трёх недель под контролем оценки в баллах и проводить следующие мерияперятия :

Лекарственная терапия:

1- магния сульфат(10мл) в/в

2-MgB6

3-фетотерапия (пустырники)

4- микродозы аспирина (по ¼ таблетки каждый день)

Не лекарственная:

1-соблюдение режима сна и одыха

2- игло-рефлексная терапия

3-соблюдение диеты (включающее ограничение соли).

контрацепция

КОМБИНИРОВАННЫЙ ОРАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ

ВЫСОКОДОЗИРОВАННЫ (ПО ДОЗЕ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА) (50 МКГ/СУТ):

ОВИДОН, АНТЕОВИН, НОН-ОВЛОН

По одной таблетке ежедневно.

* женщина относится к группе риска (по экстрагенитальным заболеваниям, по гестозу)
* так же относится к низкому факору риска по перинатальной паталогии (гестоз второй половины (2 балла), экстрагенитальное заболевание (ожирение I ст.) (1 балл). Итого 3 балла что соотвествует низкому фактору риска по перинатальной патологии.