МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

имени акад. И. П. Павлова.

Кафедра акушерства и гинекологии.

Заведующий кафедрой акад. РАМН заслуженный деятель науки РФ, д.м.н. профессор Э.К.Айламазян.

### ИСТОРИЯ РОДОВ

#### Беляева Маргарита Владимировна

Возраст 1970 г.р. (31 год)

Время поступления в родильное отделение: 21.05.2001, 0:40

Клинический диагноз:

Роды II срочные. Амниотомия, раннее излитие околоплодных вод. Многоводие. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Первичная слабость родовой деятельности, родостимуляция энзапростом. ОАГА (внематочная беременность в 1994 году). ОСА (перитонит в 1986 году). Миопия слабой степени.

Студент Паин П. Ю.

Группа 421

Преподаватель асс. к. м. н. Габелова К. А.

# Санкт-Петербург

2001

## ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Беляева Маргарита Владимировна

Возраст 31год

Место работы (должность): СП (воспитатель)

Время поступления в родильное отделение: 21.05.2001 в 0:40

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Больная поступила с жалобами на нерегулярные схватки с 19:00 20.05.2001. Шевеление плода чувствует хорошо. Воды не отходили. Головных болей не отмечает. Тошноты, рвоты нет. Зрение не нарушено.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Условия жизни в детстве удовлетворительные, питание регулярное, калорийное. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Образование среднеспециальное, работает воспитателем.

Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное достаточное.

Перенесенные заболевания: ангины, ОРЗ, ОРВИ. Аппендицит с осложнением в виде перитонита в 16 лет. Тяжелых физических и психических травм не было.

Аллергологический анамнез: пищевые и лекарственные аллергии отрицает.

Эпидемиологический анамнез: инфекционные заболевания, контакт с инфекционными и лихорадящими больными, а также гепатит, туберкулез, малярию, венерические заболевания отрицает. Стул оформленный. За последние 6 месяцев за пределы Ленинградской области и в неблагоприятные в эпид отношении районы России не выезжала. Гемотрансфузии, в/в и в/м инъекции отрицает.

Rw от 9.02; 5.05 (-)

Ф50 от 19.01 (-)

HCV от 19.01 (-)

HBS от 19.01 (-)

Хронические интоксикации: не курит, алкоголем не злоупотребляет, постоянной терапии наркотическими аналгетиками не получает.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Месячные с 14 лет, по 7 дней, через 28, регулярные, умеренные, без болей.

Половая жизнь с 18 лет, состоит во втором браке (не регистрирован). Меры против зачатия не принимала.

Число беременностей: 3

В первом браке 1

Во втором браке 2

Первая беременность наступила на первом году половой жизни в первом браке в 1990 году. Роды длились 18 часов, родился доношенный ребенок весом 3400 г, длинной 51 см; особенность родов – слабость родовой деятельности.

. Вторая беременность – внематочная (слева) в 1994 году, закончилась оперативным вмешательством.

Настоящая беременность по счету 3. Роды II, последние месячные 4.08.2000.

Со срока в 22 недели наблюдалась в женской консультации N16.

За период наблюдения прибавка массы тела 3,4 кг, неравномерная +1,5/2нед. в 26недель, +1,0/8 дней в 38 недель.

Дата первого шевеления плода 5 декабря.

Дородовый отпуск с 1.03.

Последнее половое сношение в марте 2001.

Осложнения настоящей беременности: в 20 недель – острый бронхит, без подъема температуры, неоднократно ОРВИ без подъема температуры. В отделении патологии беременности не находилась.

Артериальное давление до беременности 110/70, во время беременности 100/70.

В ан. мочи неоднократно белок 0,033 г/л, лейкоциты 15-18, эритроциты 5-6 (в 31/32 нед.). Остальные ан. мочи без патологий.

Осмотрена специалистами:

Терапевт: 20.03 Пиелонефрит беременных.

Стоматолог: Полость рта санирована.

ЛОР: здорова

Офтальмолог: Миопия слабой степени

УЗИ от 17.04.

Один плод в головном предлежании 34/35 недель. Плацента по передней стенке. ВПР (-), ОПВ-N.

Сроки беременности.

По месячным: 4.08. 39 нед.

По шевелению плода: 5.12 40 нед.

По д/о: 1.05 40 нед.

По УЗИ 17.05 34/35 38 нед.

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС.

1. ОБЩИЙ

Рост 164, вес 71 кг, температура тела 36,5. PS 80 уд. в мин.

Состояние роженицы удовлетворительное. Конституциональный тип – нормостенический. Выражение лица без особенностей, возраст по внешнему виду соответствует паспортному. Кожа обычного цвета, тургор сохранен. Сыпей, расчесов и кровоизлияний нет. Подкожная клетчатка выражена умеренно. Вторичные половые признаки, характер оволосенения – развиты по женскому типу.

Отеков нет. Слизистые чистые, бледно-розового цвета. Лимфатические узлы не пальпируются.

Костно-мышечная система: общее развитие умеренное. Болезненности при ощупывании нет. Суставы нормальной конфигурации, подвижны в полном объеме, при пальпации безболезненны. Форма черепа - мезоцефалическая. Форма грудной клетки нормальная; осанка нормальная.

Сердечно-сосудистая система.

АД 110/70 на обеих руках.

Пульс 80 уд. в минуту, удовлетворительных своиств.

Патологических периферических пульсаций нет.

Видимой пульсации вен, выпячивания грудной клетки в области сердца нет. Верхушечный толчок пальпаторно определяется в V межреберье по l.mеdiaclavicularis, шириной 2см.

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы.

Тоны сердца ясные, громкие.

Дыхательная система.

Одышки, цианоза нет.

Дыхание через нос. Дыхание ровное, глубокое, 18 дыхательных движений в минуту. Тип дыхания грудной. Голосовое дрожание над всей поверхностью легких не изменено.

Границы легких при перкуссии не изменены.

Размеры корней легких справа и слева не изменены.

При сравнительной перкуссии перкуторный тон над всей поверхностью легких ясный легочный, локальных изменений перкуторного тона нет.

Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание. Дыхательных хрипов, крепитации, шума трения плевры нет.

Пищеварительная система.

Язык влажный, несколько обложен беловатым налетом. Слизистая полости рта розового цвета, миндалины не увеличены. Живот овойдной формы. Кожные покровы бледно-розового цвета. Сосуды не расширены. Живот принимает участие в акте дыхания.

В доступных для пальпации местах мягкий безболезненный.

Мочевыделительная система.

Поясничная область без выпячиваний и отечности. Кожные покровы бледно-розового цвета. Почки пропальпировать не удалось; при поколачивании по пояснице область почек безболезненна.

Щитовидная железа не пальпируется.

ЦНС:

Зрачки D=S, реакция на свет живая. Отмечается стойкий красный дермографизм. Сухожильные рефлексы отрицательны. Ригидности затылочных мышц нет. Тремора конечностей нет.

2.АКУШЕРСКИЙ

Живот овоидной формы увеличен за счет беременной матки, по размеру соответствует сроку беременности, несколько сглажен.

Окружность живота 102 см., высота стояния матки 37 см.

Предполагаемая масса плода- 4030 гр.(вычислена по формуле Джонса: М=(высота стояния дна матки –11)\*155, где 11- условный коэффициент при массе беременной женщины до 90 кг)

Размеры таза:

Distantia spinarum - расстояние между передними верхними остями

подвздошных костей, норма-25-26 см. У роженицы - 27 см.

Distantia cristarum - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей, норма-28-29 см. У роженицы - 31 см.

Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами бедренных костей, норма-30-31 см. У роженицы - 35 см.

Conjugata externa - прямой размер таза, от середины верхненаружного края лобкового симфиза до надкрестцовой ямки, норма-20-21 см. У роженицы - 22 см.

Conjugata vera:

Крестцовый ромб (Ромб Михаэлиса) – правильной формы.

Индекс Соловьева - 15 см.

Положение плода - продольное

Предлежащая часть - головка

Приемы наружного акушерского исследования(Леопольда-Левицкого):

1-й прием: цель - определение высоты стояния дна матки (38 см) и части плода, располагающейся в дне матки (тазовый конец-крупная, менее плотная и округлая, чем головка, часть плода).

2-й прием: цель - определение спинки и мелких частей плода (спинка-равномерная площадка, мелкие части - небольшие выступы, часто меняющие положение); определение позиции и вида - первая позиция, передний вид. Матка возбудима, сокращается в ответ на раздражение пальпацией; круглые связки пальпируются в виде длинных, плотных тяжей.

3-й прием: цель - определение предлежащей части плода – головка (плотная, округлой формы, часть плода, с отчетливыми контурами, при пальпации подвижна - ощущается ее баллотирование).

4-й прием: подтверждается 3-й прием, определяется уровень стояния предлежащей части плода (над входом в малый таз).

Аускультация: сердцебиение плода ниже пупка, отчетливое 140 уд. в мин.

Патологических выделений из родовых путей нет.

Осмотр наружных половых органов:

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалищной части шейки матки гиперемирована.

С целью оценки состояния родовых путей проводится влагалищное исследование.

**PV №1**

**21.05 0:40** Вход во влагалище рожавший. Влагалище емкое. Шейка матки укорочена до 1,5 см, неравномерно размягчена, расположена по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для 1 п/п за внутренний зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достижим. Деформации костей таза нет.

Диагноз: Беременность 38/39 недель. Прелиминарный период. ОСА (перитонит). ОАГА (внематочная беременность). Миопия слабой степени.

Заключение: На данном этапе решено создать гормональный фон со спазмолитиками и следить за развитием родовой деятельности. Роды вести через естественные родовые пути. Проводить профилактику кровотечений в III периоде родов.

Назначения: Sol. Glucosae 40% -10,0

Sol. Ac.Ascorbinici 5% 5,0 в/в

Sol. Vit.B1 5% 1,0 в/м

Sol. Vit.B6 5% 1,0 в/м

Sol. Vit.B12 500γ в/м

Sol. No-Spani 2% 2,0 в/м

Synoestroli 30 000 ЕД в/м

Sol. CaCl2 10%-10,0 в/в

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ.

**21.05 1:30**

За период наблюдения тенденции к усилению схваток не наблюдается.

Роженица предъявляет жалобы на чувство усталости, сонливость.

Объективно: состояние удовлетворительное. PS 84 уд. в мин. ритмичный удовлетворительных свойств.

Схватки через 8-9 мин. по 20-25 сек. слабые.

Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в мин. Воды не изливались.

Учитывая ночное время, усталость роженицы, наличие прелиминарного периода – решено предоставить медикаментозный сон-отдых с промедолом.

Ранее наркотики получала после операции.

Назначения: Sol. Promedoli 2%-2,0 в/м

Sol. Dimedroli 1%-2,0 в/м

**21.05 3:30**

Спит. Дыхание ровное.

* 1. **5:30**

Дремлет между схватками.

Объективно: состояние удовлетворительное. PS 78 уд. В мин. Ритмичный удовлетворительных свойств.

Схватки через 5-6 мин. По 35 сек. Умеренной силы.

Головка плода подвижна над входом в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. В мин. Воды не изливались.

**21.05 7:30**

Объективно: состояние удовлетворительное.

PS 80 уд. в мин. ритмичный удовлетворительных свойств.

Схватки через 4-5 мин. по 35 сек. умеренной силы.

Головка плода подвижна над входом в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в мин. Воды не изливались.

С целью оценки состояния родовых путей проводится влагалищное исследование.

**PV №2**

**21.05 7:30** Вход во влагалище рожавший. Влагалище емкое. Открытие маточного зева 2 см. Плодный пузырь цел, напряжен. Браншей пулевых щипцов плодный пузырь вскрыт. Излилось ~1200мл вод, густо окрашенных миконием. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достижим. Деформации костей таза нет.

Диагноз: Роды II срочные. I период. Раннее излитие околоплодных вод. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Многоводие. ОСА (перитонит). ОАГА (внематочная беременность). Миопия слабой степени.

Заключение: На данном этапе роды вести через естественные родовые пути. Следить за состоянием внутриутробного плода. Проводить лечение гипоксии плода.

Назначения: увл. O2

Sol. Glucosae 40% -20,0

Sol. Sygethini 1%-6,0 в/в медленно

**21.05 9:30**

Объективно: состояние удовлетворительное.

PS 78 уд. в мин. ритмичный удовлетворительных свойств.

Схватки через 4-5 мин. по 35 сек. умеренной силы.

Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в мин.

**21.05 11:30**

Объективно: состояние удовлетворительное.

PS 78 уд. в мин. ритмичный удовлетворительных свойств.

Схватки через 4-5 мин. по 35 сек. умеренной силы.

Головка плода подвижна над входом в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в мин.

Кардиотокография:

1. Базальная частота 140 уд. в мин.
2. Амплитуда асциляций 10 уд. в мин.
3. Миокардиальный рефлекс 20 уд. в мин.
4. Регестрируются схватки с частотой 3-5 мин. по 35-40 сек. умеренной силы.
5. Патологических децелераций нет.

С целью оценки состояния родовых путей проводится влагалищное исследование.

**PV №3**

**21.05 11:30** Вход во влагалище рожавший. Влагалище емкое. Открытие маточного зева 4 см. Края средней толщины умеренно податливые. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Хорошо прощупывается стреловидный шов и малый родничок. Мыс не достижим. Деформации костей таза нет.

Диагноз: Роды II срочные. I период. Раннее излитие околоплодных вод. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Многоводие. ОСА (перитонит). Первичная слабость родовой деятельности. ОАГА (внематочная беременность). Миопия слабой степени.

Заключение: На данном этапе роды вести через естественные родовые пути.

Родостимуляция: энзапрост (простагландин для стимуляции родовой деятельности) со спазмолитиками.

Назначения: Sol. Enzaprosti 0,1%-1,0

Sol. No-Spani 2%-2,0 в/в капельно на глюкозе, 10 кап. В минуту, постепенно увеличивая до 30-40 капель.

**21.05 12:45**

Объективно: состояние удовлетворительное.

PS 78 уд. в мин. ритмичный удовлетворительных свойств.

Схватки через 3 мин. по 40 сек. хорошей силы.

Головка плода малым сегментом фиксирована в плоскости входа в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в мин.

**21.05 14:40**

Объективно: состояние удовлетворительное.

PS 78 уд. в мин. ритмичный удовлетворительных свойств.

Потуги через 3 мин. по 40-45 сек. хорошей силы, начало потуг.

Головка плода находится на дне малого таза.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в мин.

**21.05 14:45**

Головка плода врезывается, сердцебиение приглушено, ритмичное, 130 уд/мин. Потуги через 2 мин по 40-45 сек.

**21.05 14:47**

Головка плода прорезывается, ритмичное, 140 уд/мин. Потуги через 2 мин по 50 сек.

**21.05 14:50**

Родилась живая доношенная девочка. В затылочном предлежании, 1 позиции, переднем виде, массой 3370, длиной тела 52 см. Без видимых пороков. Закричала сразу. Родовых опухолей нет. Обвития пуповины нет.

Передан неонатологу.

Первичный туалет новорожденного.

1. Отсасывание слизи из дыхательных путей.

2. Перевязывание и перерезка пуповины после первого вдоха.

3. Новорожденного осторожно обтирают и заворачивают в сухую

стерильную пеленку на теплом столе.

4. В каждый конъюнктивальный мешок и вульву - по 2 капли 30% раствора

сульфацил-натрия (профилактика бленнореи).

Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов.

**Оценка состояния новорожденного после рождения по шкале Ангар (через 1 мин и 5 мин)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Оценка в баллах | | |
| 0 | 1 | 2 |
| Частота сердцебиений,  уд/ мин | Отсутствует | Менее 100 | Более 100 |
| Дыхание | Отсутствует | Брадипноэ, нерегулярное | Нормальное,  Громкий крик |
| Окраска кожи | Генерализованная  бледность или гене-  рализованный цианоз | Розовая окраска и  синюшная окраска  конечностей (акроцианоз) | Розовая |
| Мышечный тонус | Отсутствует | Легкая степень  сгибания конечностей | Активные движения |
| Рефлекторная возбудимость (реакция на отсасы-  вание слизи из верхних дыхательных путей, раздраже­ние подошв) | Отсутствует | Гримаса | Кашель |

Назначения: Sol. Methylergometrini 0,02%-1,0 в/м

**21.05 14:55**

Самостоятельно отделилась плацента и выделился послед, дефектов плацентарной ткани нет. Оболочки вышли все. Матка сократилась кровопотеря

150,0. Продолжается капельное введение энзапроста.

**21.05 15:20**

В асептических условиях под инфильтрационной анестезией Sol.Novocaini 0,5% 20 ml, осмотрены шейка матки в зеркалах, стенки влагалища, ткани промежности – целы.

Общая кровопотеря 200,0.

ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ.

Общая – 10 часов 55 мин.

I период 10 часов 40 мин.

II период 0 часов 10 мин.

III период 0 часов 5 мин.

Безводный 7 часов

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

Роды II срочные. Амниотомия, раннее излитие околоплодных вод. Многоводие. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Первичная слабость родовой деятельности, родостимуляция энзапростом. ОАГА (внематочная беременность в 1994 году). ОСА (перитонит в 1986 году). Миопия слабой степени.

ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ.

Родильница жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, PS 78 уд. в мин. АД 110/70. Живот мягкий безболезненый, дно матки на уровне пупка.

Выделения из половых путей умеренные кровянистые. Родильница переводится в послеродовое отделение.

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

**22.05**

Температура тела 36,50С, PS 78 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст.

Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Молочные железы мягкие без инфильтратов. Соски чистые, без трещин. Лактация устанавливается. Живот мягкий безболезненый. Дно матки ниже пупка на 1 п/п.

Лохии умеренные кровянистые.

Назначения: Sol. Glucosae 40% -10,0

Sol. Ac.Ascorbinici 5% 5,0 в/в

Sol. Vit.B1 5% 1,0 в/м

Sol. Vit.B6 5% 1,0 в/м

Sol. Vit.B12 500γ в/м

**23.05**

Температура тела 36,50С, PS 78 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст.

Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Молочные железы мягкие без инфильтратов. Соски чистые, без трещин. Лактация устанавливается. Живот мягкий безболезненый. Дно матки ниже пупка на 2 п/п.

Лохии умеренные кровянистые.

Назначения: те же

**24.05**

Температура тела 36,50С, PS 80 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст.

Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Молочные железы мягкие без инфильтратов. Соски чистые, без трещин. Лактация устанавливается. Живот мягкий безболезненый. Дно матки ниже пупка на 3 п/п.

Лохии умеренные кровянисто-серозные.

Назначения: те же

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ

а) Период раскрытия.

В периоде раскрытия тщательно наблюдают за состоянием роженицы. Выясняют ее самочувствие (степень болевых ощущений, усталость, головокружение, головная боль, расстройства зрения и др.), состояние кожных покровов, выслушивают сердечные тоны плода. Систематически исследуют пульс, измеряют артериальное давление, неоднократно, чтобы своевременно выявить выраженные колебания, наличия которых характерно для токсикозов и других осложнений. В течении всего периода раскрытия наблюдают за характером родовой деятельности, тщательно следят за силой, продолжительностью, частотой и болезненностью схваток. При наружном акушерском исследовании необходимо обращать особое внимание на отношение придлежащей части ко входу в таз, на консистенцию матки во время схваток и пауз, контуры матки, высоту стояния ее дна, состояние нижнего сегмента, пограничного конца и круглых связок. Выслушивание сердцебиения плода в период раскрытия при ненарушенном плодном пузыре производится каждые 15-20 мин, а после отхождения вод - 5-10 мин. Необходимо сосчитывание сердцебиений плода. При изучении сердечных тонов обращают внимание на частоту, ритм, звучность. Это очень важно, так как сердечные тона являются основным критерием оценки состояния плода. Разрыв плодного пузыря и излитие околоплодных вод - ответственный момент родов, поэтому он требует особого внимания, так как может быть примесь мекония (указывает на начинающуюся асфикцию плода), в это время может быть выпадение пуповины и мелких частей плода. При влагалищном исследовании выясняют состояние мышц тазового дна (упругие, дряблые), влагалища (широкое, узкое, наличие рубцов, перегородок), шейки матки. Отмечают степень сглаживания шейки, началось ли раскрытие зева и степень раскрытия, состояние краев зева, нет ли в пределах зева участка плацентарной ткани, петли пуповины, мелкой части плода. Определяют предлежащую часть и опознавательные пункты при ней, а при головном предлежании швы и роднички и по их отношению к плоскостям судят о позиции. Необходимо следить за функцией мочевого пузыря и кишечника, так как переполнение мочевого пузыря и прямой кишки препятствует нормальному течению периода раскрытия и изгнания, выделения последа (часто делают катетеризацию мочевого пузыря и очистительную клизму).

б) Период изгнания.

В периоде изгнания проводят повторное наружное акушерское исследование, чтобы выяснить продвижение предлежащей части по родовым путям. При влагалищном исследовании удается уточнить положение головки. В этом периоде родов следует выслушивать сердечные тоны плода после каждой потуги; опасность асфикции плода значительно возрастает. Большое значение имеет наблюдение за состоянием наружных половых органов и характером выделений из влагалища с момента врезывания головки все должно быть готово к приему родов. При акушерском пособии следует: а) защищать промежность от повреждений; б) бережно выводить плод из родовых путей, охраняя его о неблагоприятных последствий. Для этого необходимо 1) чтобы прорезывающаяся головка продвигалась медленно и постепенно; 2) чтобы головка прорезывалась наименьшим (для данного предлежания) размером. Защита промежности достигается: а) сдерживание чрезмерно быстрого продвижения головки, способствуя постепенному прорезыванию ее; б) предупреждение преждевременного разгибания головки. Прием родов при головном предлежании состоит из следующих моментов: 1. Регулирование продвижения прорезывающейся головки; 2. Выведение головки; 3. Освобождение плечевого пояса; 4. Рождение туловища.

Туалет новорожденного: Родившегося ребенка обтирают стерильной ватой или марлей. Стерильным баллончиком отсасывают слизь из носа и рта ребенка. После прекращения пульсации пуповины на нее накладывают два зажима, один на расстоянии 10 см от пупочного кольца, а второй на 2 см к наружи от нее участок пуповины, находящейся между зажимами, обрабатывают 5% спиртовым растворов йода и пересекают его. Отделенного от матери ребенка переносят на пеленальный столик. Остаток пуповины протирают стерильной марлевой салфеткой, пуповину туго отжимают. Затем в специальные щипцы вкладывают стерильную металлическую скобку, пуповину вводят между браншами скобки так чтобы нижний край ее был расположен на 0,5-0,7 см о кожного края пупочного кольца. Щипцы смыкают. Культю пуповины завязывают стерильной марлевой салфеткой в виде колпачка. Затем производят первичную обработку кожных покровов новорожденного. Стерильными ватными шариками, смоченными стерильным вазелиновым маслом, удаляют сыровидную смазку, а также остатки крови, слизи и околоплодных вод с лица, волосистой части головы, груди, живота, спины, конечностей. Профилактику гонобленореи проводят 30% раствором сульфацил натрия, закапыванием в каждый глаз и в вульву у девочек.

Зрелость плода оценивают по шкале Апгар: у зрелого новорожденного грудь выпуклая, пупочное кольцо находится на середине между лобком и мечевидным отростком, кожа бледно-розовая, на коже остатки сыровидной смазки, длина волос на головке 2 см, ногти заходят за кончики пальцев, ушные и носовые хрящи упругие, у мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы и клитор прикрыты большими половыми губами, движения активны, крик громкий, глаза открыты, хорошо берет грудь.

в) Последовый период.

Последовый период ведется выжидательно при внимательном и постоянном наблюдении за роженицей. Необходимо учитывать количество крови, теряемой роженицей. Надо следить за состоянием мочевого пузыря и не допускать его переполнения, так как оно тормозит последовые схватки. Для ведения последового периода важно знать признаки отделения плаценты: 1) дно матки выше пупка и откланено вправо (признак Шредера), 2) удлинение наружного отрезка пуповины (признак Альфельда), 3) появление выпячивания над симфизом, 4) позыв на потугу (признак Микулича), 5)удлинение пуповины при натуживании роженицы (признак Клейна), 6) признак Кюснера-Чукалова: если надовить ребром ладони на надлобковую область, пуповина при неотделившейся плаценте втягивается; при отделившейся плаценте пуповина не втягивается. При нормальном течении последового периода отделившийся послед выделяется самостоятельно. Если рождения последа сразу не происходит, то ждут 1/2 часа. Если появились признаки отделения плаценты, то приступают к наружным способам выделения отделившегося последа: 1. способом Абуладзе- обеими руками берут брюшную стенку в продольную складку и предлагают роженицы потужится, 2. способом Гентера- кисти рук, сжатые вкулак, кладут на дно матки (в области трубных углов) и постепенно надавливают в направлении книзу и внутрь, 3. способом Креде-Лазаревича- дно матки обхватывают правой рукой таким образом, чтобы 1 палец находился на передней стенки матки, ладонь - на дне, а 4 пальца - на задней поверхности матки, и производят выжимание последа. Если в течении получаса не будет признаков отделения последа, то идут на ручное отделение плаценты и ручное обследование полости матки. Родившийся послед тщательно осматривают, чтобы убедиться в целостности плаценты и оболочек. Плаценту после осмотра измеряют и взвешивают.

БИОМЕХАНИЗМ ДАННЫХ РОДОВ.

Данные роды протекали в перднем виде, затылочном предлежании, I позиции.

Родоразрешение через естественные родовые пути. Из особенностей – первичная слабость родовых сил, вследствии чего родостимуляция энзапростом.

Амниотомия. Многоводие.

1-й момент: вставление головки плода во вход в малый таз. Т. к. женщина повторнородящая, то фиксация головки, то есть ее вставление произошло в течение родового акта.

2-й момент: сгибание головки. Сгибание головки плода происходит по действием изгоняющих сил по закону рычага, имеющего два неравных плеча. Короткое плечо опускается, а длинное поднимается вверх. Затылок опускается в малый таз, подбородок прижимается к груди.

3-й момент: крестцовая ротация. Крестцовая ротация представляет собой маятникообразное движение головки с попеременным отклонением сагиттального шва то ближе к лобку, то ближе к мысу. Передняя теменная кость начинает преодолевать сопротивление задней поверхности симфиза, скользя по ней и опускаясь ниже задней теменной. Передняя теменная кость находит на заднюю. Таким образом, можно выделить три этапа: опускание передней теменной кости и задержка задней теменной кости; соскальзывание задней теменной кости с мыса; опускание головки в полость малого таза.

4-й момент: внутренний поворот головки происходит в полости малого таза: начинается при переходе из широкой части в узкую и заканчивается на тазовом дне.

5-й момент: разгибание головки. Совершается в плоскости выхода из малого таза, то есть на тазовом дне.

6-й момент: внутренний поворот туловища и наружный поворот головки.

7-й момент: выхождение туловища и всего тела плода.

ЭПИКРИЗ.

Роженица Беляева Маргарита Владимировна поступила в родильное отделение СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова 21.05.2001 в 0:40 с жалобами на нерегулярные схватки с 19:00 20.05.2001. В ходе сбора анамнеза и объективного исследования было установлено: беременность 38/39 недель. Прелиминарный период. ОСА (перитонит). ОАГА (внематочная беременность). Миопия слабой степени.

В 1:40 21.05.2001 больной был предоставлен медикаментозный сон-отдых.

В 7:30 было проведено второе влагалищное исследование, проведена амниотомия и установлено: роды II срочные. I период. Раннее излитие околоплодных вод. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Многоводие. В 11:30 в связи со слабостью родовой деятельности было назначено введение энзапроста.

В 14:50 родилась живая доношенная девочка. В затылочном предлежании, 1 позиции, переднем виде, массой 3370, длиной тела 52 см. Без видимых пороков. Закричала сразу.

Родильница переведена в послеродовое отделение. Назначена поддерживающая терапия.

***Подпись*\_\_\_\_\_\_\_\_\_**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. «Акушерство» Учебник для медицинских ВУЗов, Э.К.Айламазян, Издательство «СпецЛит», 2000 год.
2. Справочник практического врача, том 2. Под редакцией академика АМН СССР А.И. Воробьева. Издание третье переработанное и дополненное. Москва «Медицина» 1991 год.
3. Краткая медицинская энциклопедия, том 3. Под редакцией АМН СССР Б.В. Пертовского. Издание второе. Издательство «Советская энциклопедия», 1990 год.
4. Справочник лекарственных средств, версия 2.03 Beta. Автор программы – Павел Козловский. Сайт программы - http://www.homesoft.agava.ru