# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. Возраст: 17 лет Профессия: домохозяйка Время поступления в клинику: 6.15 27 марта 1996 года, доставлена скорой помощью.

# ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

## Жалобы на схватки, начавшиеся в 3.30 27.03.96., схватки регулярные (через 5-6 мин по 25 сек), средней силы.

# АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

## В детстве росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала. Начала ходить с девяти месяцев. Материально обеспечена, проживает в 3-х комнатной квартире с семьёй из пяти человек. Питание регулярное- 3 раза в день, полноценное, разнообразное.

# ПЕРЕНЕСЁННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Детские инфекции. ОРВИ. Цистит весной 1995 года.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Не курит. Алкоголь не употребляет.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на пищевые продукты не отмечает.Отмечает аллергические реакции на витамин С.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию и туберкулёз отрицает. Последние 6 месяцев кровь не переливалась, у стоматолога лечилась, за пределы города не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела.

# АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Первые месячные появились в 13 лет; установились сразу. Характер менструального цикла: 28 по 5 дней болезненные обильные. Половую жизнь начала с 16 лет. Перенесенные заболевания половой сферы отрицает. Беременность первая. На девятом месяце встала на учет в женскую консультацию, посещала ее 12 раз. Общая прибавка веса 8,5 кг 27.09.95. 12-13 неделя 46 кг 12.10.95. 14-15 неделя 46,5 кг 3.11.95. 17 неделя 47 кг 20.11.95. 20-21 неделя 47 кг 7.12.95. 22-23 неделя 48,5 кг 18.12.95. 23-24 неделя 49 кг 5.01.96. 25-26 неделя 50 кг 22.01.96. 29 неделя 51 кг 5.02.96. 32 неделя 51,5 кг 19.02.96. 34 неделя 52,5 кг 5.03.96. 36 неделя 53,5 кг 22.03.96. 38 неделя 53,5 кг

## Артериальное давление до беременности 110/70 мм.рт.ст., во время беременности 100/60 мм.рт.ст. Во время данной беременности в анализах мочи было выявлено наличие большого количества лейкоцитов (анализ мочи от 20.11.95.: цвет-светложелтый, прозрачная, лейкоцитов 10 в поле зрения, эритроцитов 1 в поле зрения, плоские эпителии 1-4 в поле зрения). На основании этого был поставлен диагноз пиелонефрит и по поводу чего проводилось лечение фитотерапией. Также во время беременности, второй половины была выявлена анемия (Гемоглобин-86 г/л). Лечение препаратами железа не помогло. В настоящее время срок беременности - 39 недель. Первое шевеление плода в 15 недель.

# ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

## Общий осмотр: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Астенического типа телосложения, умеренного питания. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Волосяной покров равномерный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Склеры не изменены. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 160 см, вес 45 кг. Сердечно-сосудистая система: Пульс симметричный, частотой 76 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные; соотношение тонов не изменено. Артериальное давление 110/60 мм.рт.ст. Дыхательная система: Тип дыхания-грудной. Форма грудной клетки- правильная. Грудная клетка эластичная, безболезненная. Дыхание везикулярное. Пищеварительная система: Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочевыделительная система: В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

# АКУШЕРСКИЙ СТАТУС

## Форма матки овальная. Высота стояния дна матки 30 см, окружность живота 84 см. Рубцы беременности выражены в паховых областях. Наружное акушерское исследование Леопольда: 1.Первым приемом определяется часть плода, располагающаяся в дне матки. Ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают. У роженицы в дне матки определяется крупная, менее плотная и округлая часть- тазовый конец. 2.Вторым приемом определяют спинку и мелкие части плода; по положению спинки судят о позиции и виде. Обе руки со дна матки перемещают книзу до уровня пупка и располагают на боковых поверхностях матки. Справа и сзади определяется крупная плотная часть- спинка плода, слева- мелкие части плода. Из этого следует- вторая позиция, задний вид. 3.Третий прием служит для определения предлежащей части плода. Одну руку (Обычно правую) кладут немного выше лобкового соединения так, чтобы первый палец находился на одной стороне, а четыре остальных на другой стороне нижнего сегмента матки. У роженицы прощупывается округлая плотная, имеющая отчетливые контуры, баллотирующая часть, то есть головка плода. 4.Четвертый прием, являющийся дополнением и продолжением третьего, позволяет определить не только характер предлежащей части, но и уровень ее стояния.

## Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, ритмичное, ясное, частотой 144 удара в минуту. Предполагаемый вес плода 2500 грамм.

## Отеки отсутствуют. Ромб Михаэлиса вытянутой формы, вертикальный размер 11 см, горизонтальный 9,5 см. Размеры таза: distantia spinarum 23 см, distantia cristarum 25 см, distantia trochanterica 31 см, conjugata externa 18 см.

## 27.03.96. 7.00 проведено влагалищное исследование: P.V. Шейка сглаженная. Края зева мягкие, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Мыс недостижим. Малый родничок справа сзади.

# ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ. ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ.

## Жалобы роженицы на регулярные схватки (через 5-6 мин по 25 сек) средней силы, начавшиеся в 3.30 27.03.96.; данные акушерско-гинеколо-гического анамнеза: беременность первая на сроке 39-40 недель, беременность прогрессировала без патологий, но во время ее были выявлены хронический пиелонефрит и анемия (толерантная к препаратам железа); данные акушерского статуса: высота стояния дна матки 30 см, окружность живота, выраженность рубцов беременности в паховых областях; данные наружного исследования Леопольда: определение в дне матки тазового конца, справа и сзади- спинки плода, слева- мелких частей плода, предлежащей частью является головка плода; выслушивание ясного, ритмичного сердцебиения плода справа ниже пупка; и данные влагалищного исследования: сглаженность шейки, мягкие края зева, раскрытие 4 см, целостность плодного пузыря, прижатие головки ко входу в малый таз, положение стреловидного шва в правом косом размере, малого родничка справа и сзади- позволяет нам сказать, что роды первые, срочные, первый период родов, положение плода продольное, задний вид, 2-я позиция, затылочное предлежание; и у роженицы хронический пиелонефрит вне обострения и анемия 1-й степени. А размеры таза: distantia spinarum 23 см, distantia cristarum 25 см, distantia trochantericum 31 см, conjugata txterna 18 см, размеры ромба Михаэлиса: вертикальный 11 см, горизонтальный 9,5 см, и не достижимость мыса- позволяет нам диагносцировать поперечно-суженный таз.

## Диагноз: Роды первые, срочные, первый период. Хронический пиелонефрит вре обострения. Анемия 1-й степени. Положение плода продольное, задний вид, 2-я позиция, затылочное предлежание.

## План ведения родов: Роды вести консервативно со спазмолитиками. Следить за вставлением и продвижением предлежащей части плода. При выявлении клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери- кесарево сечение.

# КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ 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).

## 27.03.96. 7.00 Родовое отделение - схватки через 2-3 мин по 30 сек, интенсивные. Головка прижата ко входу в малый таз сердцебиение плода 140 ударов в мин. Температура 36,6° , АД 110/70 мм.рт.ст. P.V. Шейка сглажена, края зева мягкие, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Мыс недостижим. Малый родничок справа сзади. Деформации костей таза нет. Диагноз: Роды первые, срочные, первый период. Поперечно-суженый таз. Хронический пиелонефрит. Положение плода продольное, задний вид, 2-я позиция, затылочное предлежание. 10.00 Отошли светлые околоплодные воды. Схватки по 40 сек через 3 мин удовлетворительной силы. Пульс 72 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 144 уд/мин. Ввиду отхождения околоплодный вод произведено влагалищное исследование. P.V. Шейка сглаженная, открытие маточного зева 8 см, края мягкие, тонкие, податливые. Плодных оболочек нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом разделе. Малый родничок справа сзади. Мыс недостижим. Экзостозов нет. Диагноз: Роды первые, срочные, первый период. Поперечно-суженый таз хронический пиелонефрит вне обострения. Анемия 1-й степени. Продольное положение плода, задний вид, 2-я позиция, затылочное предлежание. План родов прежний.

## 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.

## 27.03.96. 11.00 Началась потужная деятельность. Потуги через 1мин по 60-90 сек. Пульс 88 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Головка на тазовом дне. Сердцебиение плода ясное ритмичное 144 уд/мин.

## 1 мл окситоцина внутримышечно.

## 11.15 Родилась живая доношенная девочка массой 2900 гр., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Профилактика кровотечения 1,0 окситоцина внутримышечно. Моча выведена катетором.

## 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.

## 27.03.96 11.25 Самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Послед целый, плацента без особенностей. Матка плотная, сократилась. Кровопотеря 200 мл. Холод на живот.

## Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания: **Первый момент** - сгибание головки. **Второй момент** - внутренний поворот головки. **Третий момент** - дополнительное сгибание головки. **Четвертый момент** - разгибание головки. **Пятый момент -** наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.

# ОСМОТР МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

## В асептических условиях мягкие родовые пути осмотрены в зеркалах. Шейка матки, стенки влагалища, промежность целы. Имеется разрыв слизистой левой большой половой губы. Разрыв ушит под местной анестезией (0,25% новокаином 5,0), наложены отдельные кетгутовые швы. Кровопотеря во время операции 50 мл, общая кровопотеря 250 мл. Моча по катетору светлая.

## Время начала регулярных схваток 3.30 Продолжительность: Время отхождения околоплодных вод 10.00 1 периода 7 ч 30 мин Полное открытие (начало потуг) 11.00 2 периода 15 мин Время рождения ребенка 11.15 3 периода 10 мин Время отделения плаценты 11.25 Кровопотеря 250 мл Общая продолжительность родов 7.55

# ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

## 27.03.96. 13.15 Жалоб нет. Состояние родильницы удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Температура 36,5°. Пульс 78 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Матка плотная, находится на уровне пупка. Молочные железы мягкие. Лохии незначительные, кровянистые. Швы состоятельные.

## Назначения: 1. Перевести родильницу в послеродовое отделение. 2. Режим свободный. 3. Диета № 15 4. Трихопол 0,5 3 раза в день.

# ДНЕВНИК КУРАЦИИ

## 28.03.96 Жалоб нет. Самочувствие удо- Режим свободный Т. У. 36,6° влетворительное. Пульс 70 Диета № 15 В. 36,5° уд/мин. Матка плотная, высота Трихопол 0,5 АД 110/70 стояния дна матки 2 см ниже 3 раза в день. мм. рт.ст. пупка. Лохии умеренные сероз- Анализ крови. но-кровянистые. Молочные же- Анализ мочи. лезы мягкие. Наружные половые органы без особенностей. Швы состоятельные. Мочеиспускание самостоятельное. # 29.03.96. Жалоб нет. Самочувствие удо- Назначения теже. Т. У. 36,8° влетворительное. Пульс 68 В. 36,6° уд/мин. Матка плотная, высота АД 110/70 стояния дна матки 3 см ниже мм.рт.ст. пупка. Лохии умеренные сероз- но-кровянистые. Молочные же- лезы мягкие, появилось моло- ко. На слизистой левой большой половой губы швы состоятельные. Мочеиспускание и дефикация са- мостоятельные.

# ЭПИКРИЗ

## Роженица была доставлена в родильный дом 27.03.96 в 6.15 скорой помощью с жалобами на регулярные схватки (25 сек через 5-6 мин) средней силы. В родильном доме она была обследована и был поставлен диагноз: "Роды первые, срочные, первый период. Поперечно-суженый таз. Хронический пиелонефрит. Анемия. Положение плода продольное, задний вид, вторая позизия, затылочное предлежание." Намечен план ведения родов: роды вести консервативно со спазмолитиками, следить за вставлением и продвижением предлежащей части плода; при выявлении клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери - кесарево сечение. В 10.00 отошли светлые околоплодные воды, в связи с чем было проведено влагалищное исследование и уточнен диагноз: "Роды первые, срочные, первый период. Поперечно суженный таз. Хронический пиелонефрит вне обострения. Анемия 1-й степени. Положение плода продольное, задний вид, вторая позиция, затылочное предлежание." В 11.00 началась потужтая деятельность (потуги через 1 мин по 60-90 сек). В 11.15 родилась живая доношенная девочка, массой 2900 гр, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. В 11.25 самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Профилактика кровотечения была проведена окситоцином 1,0 внутримышечно. Общая кровопотеря составила 250 мл. После нормально протекавшего раннего послеродового периода родильница была переведена в послеродовое отделение. За время курации самочувствие родильницы и ребенка было удовлетворительно. Рекомендовано хорошее полноценное питание матери, прием трихопола для профилактики послеродовых заболеваний и грудное вскармливание ребенка.

# ОРГАНИЗАЦИЯ САНИАТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЖИМА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

## Изоляция больных женщин и детей от здоровых.

## Содержание в чистоте всех помещений родильного дома.

## Цикличное заполнение детских и материнских палат.

## Проведение профилактической и санитарной обработки всех помещений: а) Дезинфекция - 1) мытье мыльно-содовым раствором, 2) обработка 1% раствором хлорамина, 3) обработка твердого инвентаря 3% раствором перекиси. б) Влажная уборка - три раза в сутки. в) Включение кварцевой лампы на 1-1,5 часов. г) Один родильный зал работает двое суток. д) Матрацы, подушки, одеяла - помещаются в дезинфекционную камеру. е) Мытье рук - хирургическое. ж) Обработка операционного поля йодонатом. з) Масочный режим - маски меняют через каждые 4 часа.

## Строгое соблюдение личной гигиены персонала.

## Неукоснительное выполнение правил внутреннего распорядка в учреждении.

## Рациональная организация ухода за родильницами и новорожденными.

## 