Кафедра акушерства и гинекологии

ИСТОРИЯ РОДОВ

Пациентка x, 26 лет

Заключительный диагноз: Срочные роды I в 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, задний вид. Поздний гестоз легкой степени тяжести, вторичная компенсированная ХФПН. НЦД по смешанному типу, хронический гастрит вне фазы обострения, варикозная болезнь (ХВН-0).

2009 год

Паспортная часть

ФИО: Пациентка x

Возраст: 26 лет

Место работы: домохозяйка

Проф. вредности: отсутствуют

Домашний адрес:

Дата и время поступления: 15 января 2009, 830

Заключительный диагноз: Срочные роды I в 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, задний вид. Поздний гестоз легкой степени тяжести, вторичная компенсированная ХФПН. НЦД по смешанному типу, хронический гастрит вне фазы обострения, варикозная болезнь (ХВН-0).

Anamnesis vitae

Общий анамнез

Родилась 27 мая 1983 года в полной семье (беременность и роды протекали без патологии). Вскармливание естественное до 9 мес., сроки введения прикормов по возрасту. Физическое и психоэмоциональное развитие на 1-ом году жизни соответствовало возрасту. Профилактические прививки выполнены по календарю. Материально-бытовые условия в детские и школьные годы считает удовлетворительными. В развитии от сверстников не отставала. Перенесённые заболевания: корь в 6 лет (1989), ангина в 9 и 14 лет (1992 и 1997 года), ОРВИ (1-2 раза в год). Операции не проводились. Гинекологические заболевания и операции отрицает. Наличие в анамнезе венерических, психических заболеваний, туберкулеза, болезни Боткина, вирусного гепатита В, ВИЧ-инфекции отрицает. Наследственность (в т.ч. и по многоплодию) не отягощена. Страдает хроническим гастритом (фаза ремиссии), НЦД по смешанному типу, варикозная болезнь (ХВН-0). Аллергических реакций не было. Рахитом в детстве не страдала.

Материально-бытовые условия в настоящее время хорошие. Питание регулярное, полноценное. Вредных привычек нет.

Акушерско-гинекологический анамнез

А) Менструальная функция: Первая менструация на 13 году, установилась сразу. Продолжительность 4 дня. Выделения умеренные, кровь со сгустками. Периодичность 28 дней. Ритмичность менструальных циклов не нарушена. 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. От беременности предохранялась барьерными методами (презерватив, свечи "Фарматекс") и биологическим методом. Со слов женщины, муж здоров (в его анамнезе венерических заболеваний нет).

С) Детородная функция: первая беременность наступила на 6 году половой жизни. Всего беременностей 1.

Д) Секреторная функция: выделения светлые, слизистые, в умеренном количестве, без запаха, появились во время беременности. Патологических выделений (творожистообразных белых, пенистых и др.) не отмечала.

Е) Перенесенные гинекологические заболевания: в анамнезе отрицает.

Течение настоящей беременности и родов до начала курации

Первый день последней менструации 2 мая 2008 года. Первое шевеление плода в 20 недель, 16 ноября 2008г. Течение первой половины беременности без особенностей и патологических отклонений.

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

Дата первой явки в женскую консультацию: 9 июня 2008 года (5-6 неделя беременности)

Посещение женской консультации: 14 раз

Физиопсихопрофилактика не проводилась

Дородовый отпуск не предоставлялся, потому что женщина не работает.

Схватки начались 9 февраля 2009 в 700 . Воды отошли 9 февраля 2009 в 630 светлые, 100 гр.

Схватки через 2-3 мин по 30 сек, средней силы.

Время начала курации: 9 февраля 2009, 1300.

Объективное исследование

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

Рост 174 см.

Вес тела 76 кг.

Пульс 70 уд/мин

АД D 130/90 мм.рт.ст.

АД S 130/90 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 16 дд/мин

Печень безболезненна, границы в норме. Симптом Ортнера отрицательный. Патологий со стороны селезенки не выявлено.

Мочевыделительная: мочеиспускание свободное, регулярное, безболезненное, неучащенное.

Желудочно-кишечный тракт: до беременности и в течение 28 недель беременности стул регулярный, оформленный, 1 раз в сутки. С 29 недели беременности отмечает тенденцию к запорам – стул 1 рез в 2-3 дня.

Общее состояние удовлетворительное.

Группа крови II (А)

Rh (+)

Специальное акушерское исследование

Форма живота продольный овоид

Окружность живота 93 см

Высота стояния дна матки над лоном 36 см

Размеры таза:

Дист. спинарум 26 см

Дист. кристарум 28 см

Дист. трохантерика 36 см

Наружная конъюгата 20 см

Ромб Михаэлиса правильный, диагональ > 10 см

Индекс Соловьева 14 см.

Наружное акушерское исследование приемами Левицкого-Леопольда: с помощью первого приема Леопольда определяется высота стояния дна матки над лоном (36 см), и помещающийся в дне матки тазовый конец плода. На основании данных второго приема Леопольда определяются продольное положение плода, лежащая слева и больше кзади спинка плода и лежащие справа мелкие части плода. Таким образом, диагностирована первая позиция задний вид. При третьем приеме также подтверждается продольное положение плода, пальпируется в области лона твердая округлая часть плода – головка, слегка баллотируется. Следовательно, положение плода продольное, предлежащая часть – головка. С помощью четвертого приема Леопольда определяется, что предлежащая часть – головка прижата ко входу в малый таз.

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

Предполагаемый вес плода = ОЖ\*ВДМ = 93\*36 = 3348 г

Характер родовой деятельности: схватки через 2-3 мин по 30 сек, средней силы.

Влагалищное исследование

От 9.02.2009 в 630 (проведено с целью определения степени биологической зрелости шейки матки):

Наружные половые органы нормальные. Полова щель замкнута. Промежность без особенностей.

Влагалище свободное, широкое.

Шейка матки по оси таза, мягкая, укорочена до 1 см, маточный зев открыт на 4 см, края зева мягкие, растяжимые.

Зрелость шейки: 8 б. (зрелая)

Плодный пузырь цел. Произведено вскрытие, излилось 100 мл жидких светлых околоплодных вод без запаха.

Предлежит головка.

Предлежащая часть у входа в таз.

Проводная точка – малый родничок.

Стреловидный шов в левом косом размере.

Деформации тазовых костей нет. Крестцовая впадина выражена.

Диагональная коньюгата 13 см, истинная коньюгата 11 см.

От 9.02.2009 в 1100 (проведено с целью определения степени раскрытия шейки матки, продвижения плода, для определения дальнейшей тактики ведения родов):

Наружные половые органы нормальные. Полова щель замкнута. Промежность без особенностей.

Влагалище свободное, широкое.

Шейка матки по оси таза, открытие полное.

Зрелость шейки: 10 б. (зрелая)

Плодного пузыря нет.

Предлежит головка.

Предлежащая часть занимает 1/3 лона и I крестцовый позвонок.

Проводная точка – малый родничок.

Стреловидный шов в левом косом размере.

Задний вид.

Деформации тазовых костей нет. Крестцовая впадина выражена.

Диагональная коньюгата 13 см, истинная коньюгата 11 см.

Дополнительные исследования

Кровь на группу и Rh-фактор от 16.01.09

II(А) Rh(+) пол.

* Общий анализ крови от 16.01.2009:

Гемоглобин 115 г/л

Эритроциты 3,6 x1012/л

СОЭ 17 мм/ч

Тромбоциты 270х109/л

Лейкоциты 8,5х109/л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базофилы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочко-ядерные | Сегменто-ядерные | лимфо-циты | Моно-циты |
| 3 | 1 | 0 | 0 | 5 | 62 | 25 | 4 |

* Общий анализ крови от 7.02.2009:

Гемоглобин 110 г/л

Эритроциты 3,6 x1012/л

СОЭ 18 мм/ч

Тромбоциты 260х109/л

Лейкоциты 8,5х109/л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базофилы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочко-ядерные | Сегменто-ядерные | лимфо-циты | Моно-циты |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 4 | 71 | 20 | 4 |

* Общий анализ мочи от 16.01.2009:

Количество: 240 мл

Уд. вес: 1020 мг/л

Цвет: солом. желтый

Прозрачность: слабо мутная

Реакция: кислая

Белок: 0,033 мг/л

Лейкоциты: 2-3 кл. в поле зрения

Эритроциты: 8-10 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 10-15 кл. в поле зрения

Слизь: +

Соли: оксалаты

* Общий анализ мочи от 7.02.2009:

Количество: 270 мл

Уд. вес: 1020 мг/л

Цвет: солом. желтый

Прозрачность: слабо мутная

Реакция: кислая

Белок: 0,033 мг/л

Сахар: отрицательно

Лейкоциты: 3-5 кл. в поле зрения

Эритроциты: 10-15 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 10-15 кл. в поле зрения

* Анализ мочи по Нечипоренко от 29.01.2009:

Лейкоциты 2500 кл. в поле зрения

* Биохимический анализ крови от 1.02.2009:

Билирубин общий: 15,0 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л)

Билирубин прямой: 4 мкмоль/л

Билирубин непрямой: 11 мкмоль/л

Мочевина: 4 ммоль/л

Креатинин: 0,070 ммоль/л

Тимоловая проба: 0,7 Ед

АлАТ: 0,36 мкмоль/л

АсАТ: 0,22 мкмоль/л

Сахар: 4,4 ммоль/л

Общий белок: 62,3 г/л

* Исследование гемостаза от 20.01.2009:

АПТВ 37 сек

ПТВ с 14 сек

Фибриноген 5,5 г/л

РФМК 11,5

* С-реактивный белок от 20.01.2009:

Слабо +

* Анализ крови на наличие ВИЧ и Австралийского антигена от 20.01.2009:

Отрицат.

* Реакция Вассермана от 20.01.2009:Отрицат.
* Мазок из влагалища от 16.01.2009:

Лейкоциты 10-20

Флора смешанная

Обнаружена Lepthotrichia..

* Посев из цервикально канала от 17.01.2009:

Streptococcus faecalis обильный рост

Чувствительность к ампициллину, клиндомицину, эритромицину, нечувствителен к цефалоспоринам.

* КТГ от 5.02.2009 в 730:

8 баллов

* Определение биофизического профиля плода от 5.02.2009 в 930:

- головное предлежание плода; пороки развития плода не определены.

-биофизический профиль плода (по шкале Сидоровой): нестрессовый тест (3 балла), дыхательные движения (5 баллов), двигательная активность (4 балла), тонус плода (4 балла), околоплодные воды (3 балла), плацента (3 балла), СЗРП (5 баллов). Итого получаем 4 балла (3,9 баллов).

* ДПМ (допплерография сосудов матки и плода) от 5.02.2009 в 930:

Кровоток в сосудах матки - нарушен

Кровоток в сосудах пуповины – норма

Кровоток в сосудах плода – норма

Заключение: нарушение маточно-плацентарного КО (1 А).

Клинический диагноз

На основании даты последней менструации рассчитываем предполагаемый срок беременности. Сначала рассчитываем по дате окончания последней менструации (2 мая 2008), получается 40 неделя. Затем рассчитываем срок беременности по первому шевелению (у первородящей на 20 неделе), в данном случае первое шевеление плода женщина отметила 16 ноября 2008 (19-20 неделя беременности по менструации), поэтому срок беременности 40 неделя. По первой явке в женскую консультацию на основании данных акушерского исследования срок беременности 40 недель. Таким образом, можно поставить срок беременности 40 недель.

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

На основании зрелости шейки матки и степени ее раскрытия (влагалищное исследование от 9 февраля 2009 в 1100) определяем период родов. В данном случае шейка зрелая (10 баллов), раскрытие полное. Т.о., беременная находится в конце первого периода родов.

Поздний гестоз определяем на основании выявленных отеков стоп, наличия повышенного АД (130/90 мм рт ст), альбуминурии (33 мг/л). Степень тяжести определяем по квантификационной шкале. Отеки периферические (1 балл), альбуминурия 0.033 (1 балл), среднее АД > исходного более, чем на 20 мм рт ст (1 балл), срок беременности 40 недель (1 балл), фоновое заболевание во время беременности (2 балла). Итого – 6 баллов – что соответствует легкой степени гестоза.

Поскольку больная страдает гестозом, то можно ожидать развитие вторичной ХФПН. По КТГ исследованию от 5 февраля 2009 8 баллов, биофизический профиль плода от 5 февраля 2009 – 4 балла (по Сидоровой), ДПМ от того же числа – 1А, что в комплексе соответствует компенсированной ХФПН.

На основании анамнеза определяем, что больная страдает НЦД по смешанному типу, хроническим гастритом вне фазы обострения, варикозной болезнью (ХВН-0).

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

Беременность 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, задний вид.

Поздний гестоз легкой степени тяжести, вторичная компенсированная ХФПН. НЦД по смешанному типу, хронический гастрит вне фазы обострения, варикозная болезнь (ХВН-0).

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.

Прогноз родов

1. Размеры таза по данным пельвиометрии, влагалищного исследования (CD>12,5 см) соответствуют норме, т.о. 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.
2. Учитывая тенденцию к перенашиванию беременности вероятно развитие слабости родовой деятельности, для профилактики которой необходимо применять простагландины (энзопрост) в первом периоде родов и окситоцин во втором периоде родов.
3. При развитии клинически узкого таза и/или упорной слабости родовой деятельности в начале второго периода родов показано экстренное кесарево сечение.
4. Поскольку больная страдает поздним гестозом легкой степени тяжести необходимо следить за АД беременной. При повышении АД – относительная управляемая нормо- (гипо-) тония.

Течение родового акта

Первый период родов

## 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 предлежащей части к 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 асфиксию 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, состояние краев зева, нет ли в пределах зева участка плацентарной ткани, петли пуповины, мелких частей 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).

9 февраля в 1300: общее состояние удовлетворительное, АД D 120/80 мм рт ст, АД S 120/80 мм рт ст, пульс 70 уд/мин, температура тела 36,6.

Характер родовой деятельности: схватки средней силы, через 2-3 мин по 40 сек. Продольное положение плода, головное предлежание (затылочное), задний вид, головка прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Плодного пузыря нет

Второй период родов

9 февраля 2009 в 1350: общее состояние удовлетворительное, АД D 125/80 мм рт ст, АД S 120/80 мм рт ст, пульс 70 уд/мин, температура тела 36,6.

Характер родовой деятельности: потуги через 1 мин по 50 сек. Головка на тазовом дне. Продольное положение плода, головное предлежание (затылочное), головка прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Плодного пузыря нет

9.02.09 в 1455: общее состояние удовлетворительное, АД D 140/90 мм рт ст, АД S 135/90 мм рт ст, пульс 70 уд/мин, температура тела 36,6.

В одну из потуг в заднем виде, затылочном предлежании родилась головой девочка.

Во время родов оказано:

Акушерское пособие при котором следует: а) защищать промежность от повреждений; б) бережно выводить плод из родовых путей, охраняя его от 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.

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 10см от пупочного кольца, а второй на 2см 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 0,5-0,7см от 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 20% раствором альбуцида, 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.

Новорожденный: девочка весом 3350г., 51см. Присутствуют признаки морфофункциональной зрелости и доношенности - активные движения плода, громкий крик, хорошо выраженный мышечный тонус. Кожа розовая, эластичная. ПЖК развита хорошо, кости черепа эластичные, боковые роднички закрыты, ушные раковины упругие, пупочное кольцо находиться на середине расстояния между лобком и мечевидным отростком, ногти заходят за кончики пальцев.

Состояние по шкале Апгар:

-на первой минуте-7б.

-на пятой минуте-8б.

Третий период родов

9.02.09 в 1510: общее состояние удовлетворительное, АД D 120/80 мм рт ст, АД S 120/80 мм рт ст, пульс 70 уд/мин, температура тела 36,6.

## - 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 отклонено 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 надавить 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 потужиться, 2. способом Гентера - кисти рук, сжатые в кулак, 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.

## Признаки отделения плаценты появились через 15мин.: Самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Послед целый, без особенностей, края гладкие, оборванных сосудов нет, оболочки все, место разрыва без особенностей. Длина пуповины 65м., толщина 2см. Профилактика кровотечения была проведена окситоцином 1,0 внутримышечно. Матка плотная, сократилась. Кровопотеря 150мл. Холод на живот. Продолжительность периода – 15мин.

Ранний послеродовый период

9.02.09 в 1600: общее состояние удовлетворительное, АД D 125/70 мм рт ст, АД S 120/70 мм рт ст, пульс 73 уд/мин, температура тела 36,8.

Живот мягкий, безболезненный. Матка плотная, находится на уровне пупка. Молочные железы мягкие. Лохии незначительные, кровянистые. Кровопотеря в родах 150 мл, компенсирована.

Анализ родов

Анализируя течение родов, получаем следующие результаты:

Продолжительность родового акта: 7 часов 25 мин

Первый период родов 6 часов

Второй период родов 1час 10 мин.

Третий период родов 15мин.

Ведение родов по периодам было произведено правильно.

В первом периоде родов было произведены необходимые исследования и осмотры, контроль раскрытия шейки матки, характера родовой деятельности, адекватное обезболивание (промедол), родовспоможение (энзопрост). Был назначен медицинский сон после, которого второй период прошел без осложнений. Во втором периоде родов адекватное оказание по защите промежности, профилактика гипотонических кровотечений. При рождении плода был оказан комплекс акушерских пособий.

В третьем периоде родов отделение и выделение плаценты произошло самостоятельно. Произведена оценка кровопотери.

При ревизии родовых путей разрыва слизистой влагалища не обнаружено. Ведение раннего послеродового периода адекватное.

Первичный туалет новорожденного произведен своевременно

Заключительный диагноз

Срочные роды I в 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, задний вид. Поздний гестоз легкой степени тяжести, вторичная компенсированная ХФПН. НЦД по смешанному типу, хронический гастрит вне фазы обострения, варикозная болезнь (ХВН-0).

# Эпикриз

Пациентка x, 26 лет была доставлена в родильное отделение 15.01.09 в 11.00 с диагнозом беременность 36недель. Продольное положение плода, головное предлежание, первая позиция, задний вид. Поздний гестоз средней степени тяжести, вторичная компенсированная ХФПН.. Хронический гастрит вне фазы обострения, варикозная болезнь (ХВН-0). Намечен план ведения родов:

роды проводить через естественные родовые пути с введением спазмолитиков и обезболивающих препаратов, следить за вставлением и продвижением предлежащей части плода. Общая продолжительность родов:7.25ч. Первый период родов 6 часов

Второй период родов 1час 10мин. Третий период родов 15мин.

В 14.55 родилась живая доношенная девочка, массой 3350гр, 51см, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. В 15.10 самостоятельно отделилась плацента, и выделился послед. Профилактика кровотечения была проведена окситоцином 1,0 внутримышечно. Общая кровопотеря составила 150 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 и грудное вскармливание ребенка.