

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

**ФГБОУ ВО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Д Н Е В Н И К
производственной клинической практике по акушерству

студента 4-го курса 5 группы лечебного факультета

Гасановой

Патимат Рамисовны

Время прохождения практики с 30.07 по 07.08.20

База прохождения практики : ГБУ РД ЦГБ г. Избербаш_____

Волгоград 2020

История родов № 1.

Фамилия, имя, отчество Возраст 33

Национальность _____

Поступила: 26.07.20г

Выбыла « _____ »

Проведено койко-дней: 0

Палата № 2

Группа крови: A(II) Гемоглобин: 105

Резус-принадлежность отр.

Титр антител 27.07.20

Аллергические реакции: не выявлено

Отр. ВИЧ, RW-отр.

Исслед. на гонорею отр

Кем направлен: планово

Постоянное место жительства: город, село

(подчеркнуть) г. Волгоград

Адрес _____

телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован,

одинокая (подчеркнуть)

Место работы, профессия, должность беременной, роженицы: работает

Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет

Сколько раз регулярно _____ Наименование консультации

ЖК №1 _____

Диагноз при поступлении: Беременность 39 нед. Ложные схватки. Протеинурия, вызванная беременностью. Гестационный.

Диагноз клинический: СД. Хроническая фетоплацентарная недостаточность.

Диагноз заключительный: Смешанный астигматизм. Амблиопия OU. ОАГА. СЗРП Iст.

Осложнения в родах, после родов: Преждевременный разрыв плодных оболочек.

Название операций и пособий амниотомия (родовозбуждение)

Была выписана, переведена, умерла: беременной, во время родов, после родов

Рост 152 см. Вес 73,25 То 36,3
Которая беременность II роды I
начались
Последняя менструация 24.10.2019
Первое шевеление плода 10.03.20
Таз D.Sp 25, D.Cr 28, D.Tr 31, с. ext 20
Окружность живота 100 см Высота
матки 37 см
Положение плода, позиция и вид
продольное
Сердцебиение плода, место, число ударов
ясное, ритмичное
Предлежащая часть головка
Где находится над входом в малый таз
Родовая деятельность нет
Предполагаемый вес плода 2800

Врач

Акушерка

Профилактика гонобленореи новорожденного
произведена Ung. Tetraciclini 1% 3-х
кратно(чем)
Оценка состояния новорожденного по шкале
Апгар 8/9 баллов
Послед выделился самостоятельно, отделен
руками, применен прием 20*18*3 см
черезчасмин 5
Детское место целое, под сомнением
Оболочки все, под сомнением
Пуповина: длина 70 см, обвитие вокруг
особенности
Кровопотеря в родах 250 мл

АНАМНЕЗ

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Схватки 07:30 31.07.20
Воды отошли 07:20 31.07.20
Качество и количество вод светлые, 100
мл Полное открытие } 9:00 31.07.20
Начало потуг }
Ребенок родился
Первый 31.07.20 дата 09 час 10 мин
Живой, мертвый, головкой, ягодичами,
ножками (подчеркнуть)
Пол мальчик масса (вес) 3190 рост 50
Окружность головки 33 см, груди 32 см
Второй: дата _____ час мин
Живой, мертвый, головкой, ягодичами,
ножками (подчеркнуть)
Пол __масса (вес)__рост
Окружность головки _____ см, груди
Психопрофилакт. подготовка, медикам
обезболивание, чем Sol. Promedoli 2% - 2,0 в/м
Эффект полный, частичный, без эффекта
(подчеркнуть)
Продолжительность родов
Общая 1ч 45 I пер. 1ч 30'
II пер. 10' III пер. 5' Приняла ребенка
(акушерка, врач)
Послед осматривал
Деж. Врач
Акушерка
Течение и осложнения настоящей
беременности: На учете в ЖК с 19-20 нед.
Общая прибавка веса-13,2кг
20 нед- бак.посев(обнаружен рост E.coli
10⁶к/мл), в контроле-роста нет.

Общие заболевания ОРВИ, ветряная оспа в 18 лет, Смешанный астигматизм. Амблиопия ОУ.

Здоровье мужа со слов здоров ___

Менструация с 12 ___ лет по 3-5 дней, нерегулярные_

Начало половой жизни с 17 ___ лет в браке_

осложнения, оперативные пособия, масса (вес), новорожденных)

1. 2007 г.- искусствен. аборт б/о

2. 2008 г.- срочные роды без осложнений, девочка(3460)

3. 2011г.- искусственный аборт б/о

4. 2015- прерывание по мед. показаниям в 21нед., множественные пороки развития

5. 2016г.- срочные роды без осложнений, мальчик(3740)

6. 2020г- настоящая беременность

Живые-2; Мертворожденные-0

21 нед.-ОРВИ (t-38.6), 5дней принимала парацетамол, виферон, мирамистин.

Бак.вагиноз (метронидазол)

26 нед.- угроза пребывания беременности, анемия 1ст.

30 нед- ГСД, диетотерапия

32нед-СЗРП, Анемия 1ст. Генитальный кандидоз. ГСД, ФПН(дневн.стационар ЖК)

35-36 нед-протеинурия 0.47г/сут. СЗРП 1ст.

Состояние при поступлении удовлет.

Данные наружного осмотра: Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зрение не нарушено. Отеков нет.
Головная боль отсутствует

Сердце тоны ясные, ритмичные

Пульс 88 уд/мин

АД на правой руке 120/80 мм рт ст

левой 120/80 мм рт ст

Органы дыхания дыхание везикулярное, хрипов нет

Органы пищеварения диспептических расстройств нет

Мочевая система дизурии нет, с-м

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Моча при кипячении

Подпись

Приложение 3
Осмотр роженицы при поступлении
(заполняется отруки)

«26» июля 2020 г. 11 час 03 мин

Поступила по направлению женской консультации, пришла сама, доставлена каретой скорой помощи с DS: Grav. 39-40 _____ нед.

_____ беременности. Ложные схватки. Протеинурия, вызванная беременностью. Гестационный СД. Хроническая фетоплацентарная недостаточность. Смешанный астигматизм. Амблиопия ОУ. ОАГА. СЗРП I ст.
без родовой деятельности, родовая деятельность _____ час _____ мин.

Схватки _____. Воды целы, излились в _____ час _____ мин

Жалобы на текущие боли внизу живота. Режим сна не нарушен. _____

Общее состояние удовлетворительное

_____ АД 120/80 мм.рт.ст. PS 88 _____ уд/мин ЧДД 20 _____ в мин
Т 36,3 гр.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Язык влажный, чистый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Диспепсических расстройств нет. Ожирение, ИМТ-32. 16.07.2020 Доплер: нарушение гемодинамики I ст.

Status obstet. Матка в *N-тонусе, возбуждима, в повышенном тонусе*.
Пальпация нижнего сегмента *безболезненна, болезненна, затруднена*

Положение плода продольное, косое, поперечное, неустойчивое

Предлежит голова, ягодицы, слегка прижаты ко входу малого таза, над входом в малый таз

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, приглушено, не ясно
140 уд/мин

Шевеление плода

Выделения из половых путей

слизистые

Отеки голеней, стоп. Диурез

адекватный

Лимфоузлы не увеличены

Анализ срока беременности:

поменес НМЦ _____
пошевелению _____
по явке _____
по декр. отпуску _____
пож.к. _____
по УЗИ пер.-6.07.20г. _____

Предполагаемая масса плода 2800 _____,
доп. кровопотеря 300 _____ мл.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище *рожавшей, емкое, узкое*. Шейка матки сохранена, укорочена до _____ см, сглажена плотная неравномерно размягчена; цервикальный канал проходим для 2,5 _____ см, открытие маточного зева - _____ см, *края тонкие утолщены растяжимы нерастяжимы податливые* _____

Плодный пузырь цел, плоский, отсутствует, передних вод _____

Предлежит головка _____, слегка прижата высоко над входом в малый таз.

Стреловидный шов *в поперечном правом левом косом размере таза*, малый родничок _____

Экзостозы *не выявлены* _____

Мыс *недостижим*. СД _____ см _____

DS: Беременность 39 нед. Ложные схватки. Протеинурия, вызванная беременностью. Гестационный СД. Хроническая фетоплацентарная недостаточность. Смешанный астигматизм. Амблиопия OU. ОАГА. СЗРП Iст.

Заключение: Роды планируется вести per. vias naturales *неоперативно*

С мониторингом контролем за состоянием плода, контроль гликемии каждые 3ч., с адекватным обезболиванием, профилактикой кровотечения путем активного ведения III периода родов.

С профилактикой АСДМ, внутриутробной гипоксией плода _____

Профилактика кровотечения по I _____ степени риска _____

ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

I период родов 31.07.20 г.

07:20: жалобы- переведена из ОБП на родовозбуждение амниотомией. Родовой деятельности нет. Общее состояние удовлетворительное; АД(правая):110/70 мм рт.ст.; АД(левая): 100/60 мм рт.ст.; ЧСС- 78 уд/мин, ритмичный.

Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода: 138 уд/мин, ясное, ритмичное.

Длина шейки матки- 1,5 см, размягчена. Цервикальный канал 2,5 см. Плодный пузырь цел, инструментально вскрыт, излилось 100мл светлых околоплодных вод. Предлежит головка, стреловидный шов в поперечном размере; предлежащая часть прижата ко входу в малый таз.

Гликемия-4,7 ммоль/л

Продолжительность I периода- 1 ч 30 мин

II период родов

9:00: жалобы- на желание тужиться. Регулярная родовая деятельность с 7:30 31.07.2020г.

Общее состояние удовлетворительное; АД(правая): 120/70 мм рт. ст.; АД(левая): 110/70 мм рт.ст.; t-36,6гр.

Положение плода продольное, предлежит головка, на тазовом дне. Сердцебиение плода- 140 уд/мин, ясное, ритмичное. Безводный промежуток- 06 ч 30 мин.

План на роды: роды закончить вести через естественные родовые пути.

Продолжительность-10 мин.

Рождение ребенка

9:10: Родился живой, доношенный мальчик, в переднем виде затылочного вставления, с оценкой по Апгар 8/9 баллов. Без видимых пороков развития.

У роженицы моча выведена катетором, 100 мл, светлая.

Назначения: окситоцин 10 Ед в/м.

III период родов

9:15: послед выделился активно, цел, оболочки все. Матка сократилась, плотная.

Кровотечения нет. Кровопотеря в родах(1/6):150 мл.

Продолжительность-5 мин.

Описание операции(осмотр родовых путей в зеркалах): 31.07.20г.

9:20: осмотр родовых путей

Показания: ранний послеродовой период.

Обезболивание: б/о.

В асептических условиях осмотрена шейки матки в зеркалах: цела. Родовые пути-целы.

Родовые пути обработаны йодонатом.

Общая кровопотеря:200 мл.

Течение послеродового периода:

11:00: ЧСС-78 уд/ мин; t-36.6гр; АД:120/80. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Матка плотная. Лохии кровянистые, умеренные. ОКП 250 мл.

Рекомендации: перевести в АФО: 1. Туалет НПО

2. Глюкоза в динамике в течение 3-х дней.

3. УЗИ 3.08.20г.

История родов № 2.

Фамилия, имя, отчество Возраст 28

Национальность _____

Поступила: 21.07.2020 г

Выбыла « _____ »

Проведено койко-дней: 0

Палата № 2

Группа крови: 0(I) Гемоглобин: 115

Резус-принадлежность пол.

Титр антител не обнаруж.

Аллергические реакции: не выявлено

Отр. ВИЧ, RW-отр.

Исслед. на гонорею отр

Кем направлен: п. Самофаловка

Постоянное место жительства: город, село

Адрес _____

телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован,
одинокая (подчеркнуть)

Место работы, профессия, должность беременной, роженицы: работает

Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет

Сколько раз регулярно. Наименование консультации: Самофаловский ФАП

Диагноз при поступлении: Беременность. 39 нед. Отеки, вызванные беременностью.
Хронический панкреатит, ремиссия. Хронический холецистит, ремиссия.

Диагноз клинический: Беременность 39-40 нед. Отеки, протеинурия, вызванная
беременностью. Хронический панкреатит, ремиссия. Хронический холецистит, ремиссия
Диагноз заключительный: ОГА. Ожирение 1 ст

Осложнения в родах, после родов: Срочные роды в 40-41 нед. Отеки, протеинурия,
вызванные беременностью. Ожирение 1 ст. Хронический холецистит, ремиссия. Разрыв
задней матки (1ст.)

Название операций и пособий: родовозбуждение амниотомией. Ушивание после
разрыва (кетгут).

Была выписана, переведена, умерла: беременной, во время родов, после родов

Рост 160 см. Вес 83,5 То 36,6
Которая беременность 3 роды 2

Последняя менструация 30.10.2020.

Первое шевеление плода

Таз D.Sp 24, D.Cr 28, D.Tr 36, с. ext 22

Окружность живота 110 см _____ Высота
матки 36 см _____

Положение плода, позиция и вид
продольное

Сердцебиение плода, место, число ударов_
ясное, ритмичное

Предлежащая часть головка

Где находится над входом в малый таз

Родовая деятельность нет

Предполагаемый вес плода 3500

Врач

Акушерка

Профилактика гонобленореи новорожденного
произведена Ung. Tetracilini 1% 3-х
кратно(чем)

Оценка состояния новорожденного по шкале

Апгар 8/10 баллов

Послед выделился самостоятельно, отделен
руками, применен прием _____ активно

черезчасмин 5

Детское место целое, под сомнением

Оболочки все, под сомнением

Пуповина: длина 65 см, обвитие вокруг

особенности _____ однократно

Кровопотеря в родах _____ 250 _____ мл

АНАМНЕЗ

Общие заболевания Ветряная оспа, ОРВИ,
грипп, псориаз, 2017-перелом левой голени,
хронический бронхит

Здоровье мужа со слов здоров

Менструация с _____ 14 лет по 5 д через 30

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Схватки начались 09:00 01.08.2020

Воды отошли 08:50 01.08.2020

Качество и количество вод светлые, 100

мл Полное открытие

Начало потуг } 13:40 01.08.2020

Ребенок родился:

Первый: дата 01.08.20 час 14 мин 05

Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)

Пол мальчик масса (вес) 3520 рост 53

Окружность головки 34 см, груди 33 см

Второй: дата _____ час мин

Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)

Пол _____ масса (вес) _____ рост

Окружность головки _____ см, груди

Психопрофилактика. подготовка, медикам
обезболивание, чем Sol. Promedoli 2% - 2,0 в/м

Эффект полный, частичный, без эффекта
(подчеркнуть)

Продолжительность родов

Общая 5ч 05' I пер. 4ч 40'

II пер. 20' III пер. 5' Приняла ребенка
(акушерка, врач)

Послед осматривал

Деж. Врач

Акушерка

Течение и осложнения настоящей
беременности На учете в ЖК с 5 нед. Общая
прибавка веса – 12 кг

8 нед- ранний гестоз

15 нед- угроза прерывания беременности

16 нед- ОРЗ.Т-норма

18 нед-бактериурия

22 нед-ОРВИ(темп.-30гр.), флемоксим

27 нед- ОРЗ Т-38гр 5д. без АБТ

29 нед- панкреатит, холецистит, инфекция
мочевыводящих путей- стационарное лечение,
ОРВИ(темп.-37,2гр)

д.Начало половой жизни с 16 лет в
браке _____

Гинекологические заболевания отрицает _____

Предыдущие беременности (даты родов,
абортов, осложнения, оперативные пособия,
масса (вес) новорожденных):

2004- искусственный аборт без осложнений

2014-срочные роды без осложнений

2019- настоящая беременность

Сколько детей живых 1 _____

мертвоорожденных 0 _____

умерло 0 _____

Состояние при поступлении удовлет.

Данные наружного осмотра: Кожные покровы
и видимые слизистые чистые, обычной
окраски. Зрение не нарушено. Отеков нет.

Головная боль отсутствует _____

Сердце тоны ясные, ритмичные _____

Пульс 86 уд/мин _____

АД на правой руке 120/70 мм рт ст _____

левой 120/70 мм рт ст _____

Органы дыхания дыхание везикулярное,
хрипов нет _____

Органы пищеварения диспептических
расстройств нет . Печень увеличена.

Мочевая система дизурии нет, с-м

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Моча при кипячении

Подпись

Осмотр роженицы при поступлении
(заполняется от руки)

« 22 » _____ июля _____ 20 20 г. _____ 8 _____ час _____
30 _____ мин

Поступила по направлению женской консультации, пришла сама, доставлена каретой скорой помощи DS: Grav. _____ 39-40 _____ нед.

Беременности. Отеки, вызванные беременностью. Хронический панкреатит, ремиссия. Хронический холецистит, ремиссия. ОГА. Ожирение I ст. без родовой деятельности, родовая деятельность с _____ час _____ мин.

Схватки _____ . Воды целы, излились в _____ час _____ мин

Жалобы на тянущие боли внизу живота нерегулярного характера. Режим сна не нарушен.

Общее состояние удовлетворительное
АД 120/70 мм рт ст PS 86 уд/мин ЧДД 17 в мин T 36,7 гр.
Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Диспептических расстройств нет.

Status obsetr. Матка в N-тонусе, возбуждена, в повышенном тонусе.
Пальпация нижнего сегмента безболезненна, болезненна, затруднена

Положение плода продольное, косое, поперечное, неустойчивое

Предлежит головка, ягодицы, слегка прижаты ко входу малого таза, над входом в малый таз

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, приглушено, не ясно
_____ 140 _____
_____ уд/м

ин

Шевеление плода

Выделения из половых путей
слизистые

Отеки
нет

Лимфоузлы не
увеличены

Анализ срока беременности:

по menses 39 нед.

по шевелению не помнит

по 1 явке

по декр. Отпуску

по ж.к.

по УЗИ 39-40 нед.

Предполагаемая масса плода 3500 , доп.
кровопотеря

300 мл.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище *рожавшей, емкое, узкое.* Шейка матки сохранена, укорочена до см, сглажена плотная неравномерно размягчена; цервикальный канал проходим для 1,5 см, открытие маточного зева _____ см, *края тонкие утолщены растяжимы нерастяжимы податливые*

Плодный пузырь цел, плоский, отсутствует, передних вод

Предлежит _____ головка _____, слегка прижата, высоко, над входом в малый таз.

Стреловидный шов *в поперечном правом левом косом размере таза*, малый родничок

Экзостозы *не выявлены*

Мыс *не достигим*. CD >12 _____ см

DS: Беременность 39 нед. Отеки, протеинурия, вызванные беременностью.
Хронический панкреатит, ремиссия. Хронический холецистит, ремиссия.
Ожирение Iст. ОГА.

Заключение: Роды планируется вести ***per. vias naturales оперативно***

С профилактикой АСДМ, внутриутробной гипоксией плода
Профилактика кровотечения по _____ I _____ степени риска

Приложение 4

ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

I период родов 01.08.20 г.

8:30: жалобы- переведена из ОПБ на родовозбуждение. Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/70 мм рт.ст.; ЧСС-76 уд/мин; t-36,8 гр. По органам и системам без особенностей.

Матка в нормотонусе. Регулярной родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Воды не текут. Отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Наружные половые органы сформированы и развиты правильно. Паховые л/у не увеличены. Влагалище рожавшей, удален катетер Фолея. Шейка матки в зеркалах чистая. Шейка матки центрирована, длина-1,0 см, размягчена. Цервикальный канал проходим для 2,0 см. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Костных экзостозов в малом тазу нет. Мыс не достижим. CD>12см. Выделения из половых путей слизистые.

11:30: жалобы- на болезненные схватки. Схватки по 30-35 сек через 4-5 мин. Общее состояние удовлетворительное. АД(правая): 110/70 мм рт.ст.; АД(левая):110/70 мм рт.ст.; ЧСС-78уд/мин;t-36,7гр.

Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Из половых путей подтекают светлые околоплодные воды.

Внутреннее акушерское исследование: с целью решения вопроса об обезболивании.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка матки сглажена, консистенция податливая. Открытие маточного зева- 5 см, края средней толщины. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка. Стреловидный шов в право косом размере, малый родничок слева у лона. Предлежащая часть прижата ко входу в малый таз. Костных экзостозов в малом тазу нет. Мыс не достижим. Околоплодные воды светлые.

Обезболивание: Sol.Promedoli 2%-2,0 ml в/м

Продолжительность:4ч 40мин

II период родов

13:40: жалобы- на желание тужиться. Началась потужная деятельность. Потуги по

50 сек через 1,5 мин, хорошей силы.

Общее состояние удовлетворительное. АД(правая):120/70 мм рт.ст.; АД(левая): 110/70 мм рт ст.; ЧСС- 78 уд/мин; t-36.6гр

Положение плода продольное. Предлежит головка, располагается в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

Рождение ребенка: 01.08.20 г.

14:00- родился живой, доношенный мальчик, в переднем виде затылочного вставления. Пуповина перерезана через 1 мин. Оценка по Апгар - 8/8 баллов. Без видимых пороков развития. У родильницы моча выведена катетером, 100 мл, светлая.

Назначения: Окситоцин 10 ЕД в/м

Продолжительность: 20 мин

III период родов

14:05: послед выделился активно, цел, оболочки все. Матка сократилась, плотная. Кровотечения нет. Кровопотеря в родах: 150 мл.

Описание операции (осмотр родовых путей в зеркалах): 01.08.20 г. 14:10

Показания: Ранний послеродовый период. Разрыв задней спайки.

Обезболивание: местная инфильтрационная анестезия 0,5%-5 мл р-ра новокаина.

В асептических условиях осмотрена шейка матки в зеркалах: цела.

Родовые пути: обнаружен разрыв задней спайки влагалища- ушит кетгутом.

Родовые пути обработаны йодонатом.

Общая кровопотеря: 200 мл.

Течение послеродового периода: 01.08.20 г.

16:00: ЧСС-76 уд/мин; t-36.6гр; АД-120/70 мм рт ст. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Матка плотная. Лохии кровянистые, умеренные. ОКП 250 мл.

Рекомендации: перевести в АФО: 1. туалет НПО

2. УЗИ 06.08.20 г.

История родов № 3.

Фамилия, имя, отчество Возраст 32

Национальность _____

Поступила: 02.08.20 г

Выбыла « _____ »

Проведено койко-дней: 0

Палата № 2

Группа крови: В(III) Гемоглобин: 132

Резус-принадлежность Rh(+) полож..

Титр антител

Аллергические реакции: не выявлено

Отр. ВИЧ, RW-отр.

Исслед. на гонорею отр

Кем направлен: планово

Постоянное место жительства: город, село г. Камышин

Адрес _____

телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая

(подчеркнуть)

Место работы, профессия, должность беременной, роженицы: работает

Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет

Сколько раз регулярно _____ Наименование консультации

ЖК №1 _____

Диагноз при поступлении: Беременность. 39-40 нед. Ложные схватки. НДЦ по смеш. Типу. Хронический гастрит, ОГА. Первородящая в 32 года.

Диагноз клинический: Срочные роды, оперативным путем в 39-40 нед., отсутствие биологической готовности к беременности и родам. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Хронический гастрит, ремиссия. НДЦ по смеш. типу. Ожирение 1 ст., ОГА.

Диагноз заключительный: Срочные роды, оперативным путем в 39-40 нед., отсутствие биологической готовности к беременности и родам. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Хронический гастрит, ремиссия. НДЦ по смеш. типу. Ожирение 1 ст., ОГА.

Осложнения в родах, после родов: Преждевременный разрыв плодных оболочек.

Название операций и пособий Лапаротомия КС в нижнем сегменте

Была выписана, переведена, умерла: беременной, во время родов, после родов

Рост 162 см. Вес 81 То 36,6
Которая беременность I роды I
начались
Последняя менструация 29.10.19
Первое шевеление плода
Таз D.Sp 25, D.Cr 28, D.Tr 31, с. ext 20
Окружность живота 100 см _____ Высота матки
35 см _____ Положение
плода, позиция и вид продольное
Сердцебиение плода, место, число ударов
ясное, ритмичное
Предлежащая часть головка
Где находится над входом в малый таз
Родовая деятельность нет
Предполагаемый вес плода 3600

Врач
Акушерка

Профилактика гонобленореи новорожденного
произведена Ung.Tetraciclini 1%(чем)
Оценка состояния новорожденного по шкале
Апгар 8/9 баллов
Послед выделился самостоятельно, отделен
руками, применен прием потягиванием за
пуповину
черезчасмин 1
Детское место целое, под сомнением
Оболочки все, под сомнением
Пуповина: длина 70 см, обвитие вокруг
особенности
Кровопотеря в родах _____ 600 _____ мл

АНАМНЕЗ

Общие заболевания с 2007 года хронический
гастрит. НДЦ по смешанному типу
Здоровье мужа со слов здоров

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Схватки 05:00 03.08.20
Воды отошли 04:30 03.08.20
Качество и количество вод зеленые, 250
ml Полное открытие }
Начало потуг }
Ребенок родился
Первый 03.08.20 дата 10 час 05 мин
Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)
Пол девочка масса (вес) 3150 рост 53
Окружность головки 35 см, груди 34 см
Второй: дата _____ час мин
Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)
Пол __масса (вес)__рост
Окружность головки _____ см, груди

Психопрофилакт. подготовка, медикам
обезболивание, чем
Эффект полный, частичный, без эффекта
(подчеркнуть)
Продолжительность родов
Общая _____ I пер. _____
II пер. III пер. _____ Приняла
ребенка (акушерка, врач)
Послед осматривал
Деж. Врач
Акушерка
Течение и осложнения настоящей
беременности На учете в ЖК с 11 нед. Общая
надбавка веса – 10,5 кг
24-25 нед. – патологическая прибавка массы
тела. 34нед.-отеки, вызванные беременностью(
Канефрон по 2 таб. 3р/д 1 мес.)
Состояние при поступлении удовлет.

Менструация с 12 лет по 5 д через 28 д
Начало половой жизни с 18 лет не браке
Гинекологические заболевания эрозия шейки
матки, данных о бесплодии нет,
предохранялись

Предыдущие беременности (даты родов,
абортов, осложнения, оперативные пособия,
масса (вес) новорожденных)

2019-2020 – настоящая беременность

Сколько детей живых 0

мертвоорожденных 0

умерло 0

Данные наружного осмотра: Кожные покровы
и видимые слизистые чистые, обычной
окраски. Зрение не нарушено. Отеков нет.
Головная боль отсутствует

Сердце тоны ясные, ритмичные

Пульс 74 уд/мин

АД на правой руке 110/70 мм рт ст

левой 110/70 мм рт ст

Органы дыхания дыхание везикулярное,
хрипов нет

Органы пищеварения диспептических
расстройств нет

Мочевая система дизурии нет, с-м

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Моча при кипячении

Подпись

Приложение 3

Осмотр роженицы при поступлении (заполняется от руки)

02 08 .20г. 10 час 00 мин

Поступила по **направлению женской консультации**, пришла сама, доставлена каретой скорой помощи с DS: Grav. 39-40 нед.

Беременности Ложные схватки, НЦД по смешанному типу, хронический гастрит, ремиссия, ожирение 1 ст, ОГА, Первородящая 32 года. Единственная артерия пуповины_____

без родовой деятельности, родовая деятельность с _____ час
_____ мин.

Схватки _____ . **Воды целы**, излились в _____ час
_____ мин

Жалобы: ноющие боли внизу живота нерегулярного характера, режим сна не нарушен.

Общее состояние удовлетворительное

АД 110/70 мм.рт.ст. PS 74уд/мин ЧДД 20 в мин

Т 36,6 гр.

кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, голова не болит, зрение не нарушено. Отеков нет, язык влажный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Диспепсических расстройств нет.

Statusobsetr. Матка в N-тонусе, **возбудима**, в повышенном тонусе. Пальпация нижнего сегмента **безболезненна**, болезненна, затруднена

Положение плода **продольное**, косое, поперечное, неустойчивое

Предлежит **головка**, ягодицы, слегка прижаты ко входу малого таза, над входом в малый таз

Сердцебиение плода **ясное, ритмичное**, приглушено, не ясно

140 уд/мин

Шевеление плода

Выделения из половых путей - слизистые

Отеки нет

Лимфоузлы не увеличены

Анализ срока беременности:

по menses 39-40 нед _____

по шевелению не помнит _____

по 1 явке _____

по декр. отпуску _____

по ж.к. _____

по УЗИ 30-40 нед _____

Предполагаемая масса плода 3300 _____

доп. Кровопотеря 400 мл.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище **нерожавшей, емкое, узкое**. Шейка матки **сохранена, укорочена до _____ см, сглажена плотная неравномерно размягчена**; цервикальный канал проходим для 1 см, открытие маточного зева см, края тонкие утолщены растяжимы **нерастяжимы податливые**

Плодный пузырь **цел, плоский, отсутствует**, передних вод

Предлежит головка, **слегка прижата высоко над входом в малый таз**.

Стреловидный шов в поперечном правом левом косом размере таза, малый родничок

Экзостозы **не выявлены**

Мыс **не достигим**. CD более 12 см

DS. Беременность 39-40 нед. Ложные схватки. НЦД по смешанному типу, хронический гастрит, ремиссия. Ожирение 1 ст, ОГА. Первородящая в 32 года,. Единственная артерия пуповины

Заключение. Роды планируется вести **per. vias naturales** адекватным обезболиванием. С профилактикой кровотечения путем активного введения третьего периода родов.

С профилактикой АСДМ, внутриутробной гипоксией плода

Профилактика кровотечения по 1 степени риска

Предоперационное заключение

На операцию в (плановом, **экстренном**, срочном) порядке подготовлена
Ф.И.О. _____

Возраст (лет) 32

с диагнозом: Беременность 39-40 нед, преждевременный разрыв плодных оболочек, отсутствие биологической готовности к родам. НЦД по смеш. Типу, хронический гастрит в ремиссии. Ожирение 1 ст, ОГА. Первородящая в 32 года, единственная артерия пуповины. Хронический ФПМ _____

Показаниями к операции являются: Беременность 39-40 нед, преждевременный разрыв плодных оболочек, отсутствие
Планируется операция в объеме: Лапаротомия, КС в нижнем сегменте.

Наркоз: СМА

Согласовано с анестезиологом.

Из экстрагенитальной патологии: НЦД по смеш. Типу, хронический гастрит ремиссия.

Группа крови: В__, Rhфактор + ,

ПТИ 107 от « 3 »08. 20 г.

Нь 132 _____ от «3 »08 20г.

Гемотрансфузионный анамнез неотягощен _____

Аллергологический анамнез неотягощен _____

Прогноз для матери и плода ожидается благоприятный _____

Согласие на оперативное вмешательство получено в письменном виде.

Операционная бригада

Хирург _____

Ассистент _____

Анестезиолог _____

О/сестра _____

Протокол операции

Дата: « 3 » 08 2020г.

Время: 11 час. 03мин.

Операция: Лапаротомия, КС в нижнем сегменте матки

Показания: Беременность 39-40 нед, преждевременный разрыв плодных оболочек, отсутствие биологической готовности организма к родам.

Обезболивание: СМА

Описание: В асептических условиях разрезом по Пфанненштилю (нижне-срединном) послойно вскрыта брюшная полость. В рану предлежит беременная матка. Брюшная полость отгорожена салфетками. Вскрыта и тупо спущена вниз пузырно-маточная складка.

Острым путем вскрыта передняя стенка матки в области нижнего сегмента, рана тупо расширена в поперечном направлении до 10-12см. **За головку** (тазовый конец) на 10 мин. Извлечен(а) мальчик (девочка) массой 3150 г, длиной 53 см, с оценкой по шкале Апгар 5/8 , **закричал(а) в течении первой минуты.**

Удален послед, который располагался **удален потягиванием за пуповину.** Полость матки осушена салфетками, произведен кюретаж. Передняя стенка матки восстановлена двумя рядами непрерывных (узловых) швов. Матка плотная, сократилась. Перитонизация за счет пузырно-маточной складки. Внутривенно введено 1 мл окситоцина. Туалет брюшной полости. Придатки осмотрены с двух сторон без особенностей или есть патология. Подсчет инструментария, салфеток - все на месте.

Передняя брюшная стенка восстановлена послойно. Наглухо. На кожу непрерывный косметический шов (узловые швы). Асептическая повязка.

Моча выведена катетером, **светлая** (мутная, с примесью крови), 150 мл. Кровопотеря составила **600 мл.** Послед отправлен на гистологическое исследование.

Операционная бригада:

Хирург _____

Ассистент _____

Анестезиолог _____

Операционная сестра _____

История родов №4.

Фамилия, имя, отчество Возраст 37 лет

Национальность _____

Поступила: 16 июля 2020 г

Выбыла « _____ »

Проведено койко-дней: 0

Палата № 1.10

Группа крови: O(I) Гемоглобин: 115

Резус-принадлежность отр.

Титр антител не обнаружен. 03/08

Аллергические реакции: не выявлено 02/08

Отр. RW-отр.

Исслед. на гонорею 10/10 отр

Кем направлен: планово

Постоянное место жительства: город, село

г. Волгоград ТЗР

Адрес _____

телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован,

одинокая (подчеркнуть) _____

Место работы, профессия, должность беременной, роженицы: _____

Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет

Сколько раз регулярно _____ Наименование консультации

ЖК 1 Родионов

Диагноз при поступлении: Беременность. 40 нед. Ложные схватки. Отёки, протеинурия, вызванные беременностью.

Диагноз клинический: Анемия 1 ст. Резус отриц., кровь без сенсibilизации.

Диагноз заключительный: Ожирение 1 ст. ОАГА

Осложнения в родах, после родов: _____

Название операций и пособий _____

Была выписана, переведена, умерла: беременной, во время родов, после родов

Рост 159 см. Вес 86,5 То 36,1
Которая беременность 4 роды 2
_ начались
Последняя менструация 26.10.19
Первое шевеление плода
Таз D.Sp 27, D.Cr 32, D.Tr 37, с. ext 21
Окружность живота 117 см Высота
матки 38 см
Положение плода, позиция и вид
продольное
Сердцебиение плода, место, число ударов_
ясное, ритмичное
Предлежащая часть головка
Где находится над входом в малый таз
Родовая деятельность нет
Предполагаемый вес плода 3500
Врач
Акушерка

Профилактика гонобленореи новорожденного
произведена Ung. Tetraciclunu 1% (чем)
Оценка состояния новорожденного по шкале
Апгар 8/8 баллов
Послед выделился самостоятельно, отделен
руками, применен прием активно
20x8x3см черезчасмин 5
Детское место целое, под сомнением
Оболочки все, под сомнением
Пуповина: длина 70 см, обвитие вокруг шеи
особенности однократное
Кровопотеря в родах 250 мл

АНАМНЕЗ

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ
Схватки 08:00 04.08.20
Воды отошли 07:30 04.08.20
Качество и количество вод светлые, 200
мл Полное открытие } 11:50 04.08.20
Начало потуг }
Ребенок родился
Первый 04.08.20 дата 12 час 05 мин
Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)
Пол мальчик масса (вес) 3550 рост 36
Окружность головки 36 см, груди 38 см
Второй: дата _____ час мин
Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)
Пол _____ масса (вес) _____ рост
Окружность головки _____ см, груди

Психопрофилактик. подготовка, медикам
обезболивание, чем Sol. Promedoli 2% - 2,0 в/м
Эффект полный, частичный, без эффекта
(подчеркнуть)
Продолжительность родов
Общая 4ч 10' I пер. 3ч 50'
II пер. 15' III пер. 5' Приняла ребенка
(акушерка, врач)
Послед осматривал
Деж. Врач
Акушерка
Течение и осложнения настоящей
беременности На учете в ЖК с 10 нед. Общая
надбавка веса – 7,5 кг
22 нед. – угроза преждевременных родов,
анемия 1 ст.(стац.леч).

Общие заболевания Ветряная оспа, ОРВИ, грипп.

Здоровье мужа со слов здоров

Менструация с 13 лет по 5 д через 28 д

Начало половой жизни с 17 лет в браке

Гинекологические заболевания 2015 –
внематочная беременность, тубэктомия справа

Предыдущие беременности (даты родов, абортов, осложнения, оперативные пособия, масса (вес) новорожденных)

1.2006г – срочные роды, без осложнений, девочки 3100.

2.2013 – медикаментозный аборт б/осл.

3.2015 – внематочная беременность, лапаротомия, тубэктомия справа.

4.2018 – настоящая беременность.

Сколько детей живых 1

мертвожденных 0

умерло 0

38 нед – от 17.07.20 г – отеки, протеинурия 0,55 г/сут, анемия 1 ст (стац.леч).

Состояние при поступлении удовлет.

Данные наружного осмотра: Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зрение не нарушено. Отеков нет. Головная боль отсутствует

Сердце тоны ясные, ритмичные

Пульс 78 уд/мин

АД на правой руке 120/80 мм рт ст

левой 120/90 мм рт ст

Органы дыхания дыхание везикулярное, хрипов нет

Органы пищеварения диспептических расстройств нет

Мочевая система дизурии нет, с-м

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Моча при кипячении

Подпись

Приложение 3
Осмотр роженицы при поступлении
(заполняется от руки)

« 16 » _____ 07 _____ 20 20 _____ г. _____
14 _____ час _____ 37 _____ мин

Поступила по направлению женской консультации, пришла сама, доставлена каретой скорой помощи DS: Grav. 40 нед, 2 дня нед. беременности Ложные схватки. Ложные схватки. Отеки, протеинурия, вызванные беременностью.

Анемия I ст. Резус-отрицательная кровь без сенсибилизации. Ожирение I ст. ОАГА

без родовой деятельности, родовая деятельность с _____ час _____ мин.

Схватки _____ . Воды целы, излились в _____ час _____ мин

Жалобы на тянущие боли внизу живота. Отеки н/конечностей. Режим сна не нарушен.

Общее состояние удовлетворительное

АД 120/80 мм рт ст PS 78 уд/мин ЧДД в мин T 36,1 гр.

Конституция нормостеническая, ИМТ = 35. Кожные покровы и видимые слизистые _____ обычной окраски, чистые. Язык влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Диспептических расстройств нет.

Status obstetr. Матка в N-тонусе, возбудима, в повышенном тонусе. Пальпация нижнего сегмента безболезненна, болезненна, затруднена

Положение плода продольное, косое, поперечное, неустойчивое

Предлежит головка, ягодицы, слегка прижаты ко входу малого таза, над входом в малый таз

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, приглушено, не ясно

_____ 140 _____

_____ уд/м

ин

Шевеление плода _____

Выделения из половых
путей

слизистые

Отеки
голеней, стоп. Диурез адекватный, считает.

Лимфоузлы

паховые лимфоузлы не увеличены

Анализ срока беременности:

по menses 40 нед. 2 д.

по шевелению не помнит

по 1 явке 02.01.20 на сроке 10 нед.

по декр. отпуску

по ж.к.

по УЗИ 40-41 нед.

Предполагаемая масса плода 3500 г,

доп. кровопотеря до 400 мл.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище **рожавшей, емкое, узкое**. Шейка матки созревающая, **сохранена, плотная неравномерно размягчена** в области внутреннего зева, по Bishop 7 б.; цервикальный канал проходим для 2,0 см, открытие маточного зева _____ см, края тонкие утолщены **растяжимы податливые**

Плодный пузырь **цел, плоский, отсутствует**, передних
вод _____

Предлежит _____ головка _____, **слегка прижата высоко над входом в малый таз.**

Стреловидный шов в поперечном правом левом косом размере таза, малый родничок _____

Экзостозы **не выявлены.**

Мыс не достигим. CD _____ см

DS: Беременность 40 нед. 2 д. Ложные схватки. Отеки, протеинурия, вызванные беременностью.

Заключение: Роды планируется вести **per. vias naturales, оперативно** с мониторингом контролем за состоянием плода, с адекватным обезболиванием, профилактикой кровотечения путем активного ведения III периода родов.

С профилактикой АСДМ, внутриутробной гипоксией
плода _____

Профилактика кровотечения по 1 степени риска

ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

I период родов 04.08.20 г.

07:00 – жалобы: переведена из ОПБ на родовозбуждение амниотомией. Родовой деятельности нет. Общее состояние удовлетворительное. АД(сист.) правая – 110 мм.рт.ст., диастолическое – 70 мм.рт.ст.; АД(сист.) левая – 100 мм.рт.ст., диастолическое – 60 мм.рт.ст.; ЧСС – 78 уд. мин., ритмичный.

Матка в нормотонусе. Положение плода продольное. Предлежащая часть – головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода – 138 уд/мин, ясное, ритмичное. Выделения из половых путей – слизистые.

Длина шейки матки – 2 см. Консистенция шейки матки – размягчена. Цервикальный канал – 2 см. Плодный пузырь цел, инструментально вскрыт, излилось 200 мл светлых околоплодных вод. Предлежит головка, стреловидный шов в поперечном размере, прижата ко входу в малый таз.

10:00 – жалобы: регулярная родовая деятельность с 08:00 04.08.20. Схватки по 25-30 сек., через 4-5 мин., достаточной силы. Общее состояние удовлетворительное. АД(правая): 110/70 мм.рт.ст.; АД(левая): 110/70 мм.рт.ст.; ЧСС – 78 уд/мин., ритмичный; $t^{\circ}=36,7^{\circ}\text{C}$.

Кожные покровы чистые, видимые слизистые чистые, розовые. Язык влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Мочеиспускание свободное, выделено 100 мл.

Матка в нормотонусе вне схватки. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода – 140 уд/мин, ясное, ритмичное. Из половых путей подтекают светлые воды.

11:30 – жалобы: на болезненные схватки. Схватки по 30-35 сек., через 3-4 мин., достаточной силы, болезненные. Общее состояние удовлетворительное.

АД(правая): 110/70 мм.рт.ст.; АД(левая): 110/70 мм.рт.ст.; ЧСС – 78 уд/мин;
t°=36,7°C.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода – 136 уд/мин, ясное, ритмичное. КТГ – нормальный тип кривой. Из половых путей подтекают светлые околоплодные воды.

Внутреннее акушерское исследование:

Показания к осмотру: с целью решения вопроса об обезболивании. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка матки сглажена, податливая. Открытие маточного зева – 6 см, края – тонкие, податливые. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит – головка, стреловидный шов в правом косом размере, родничок слева у лона, головка прижата ко входу в малый таз. Костных экзостозов в малом тазу нет, мыс недостижим. Околоплодные воды светлые.

Обезболивание: 11:30 04.08.20 г. С целью обезболивания I периода родов роженице назначено и введено Sol. Promedoli 2 % 2,0 ml в/м.

Продолжительность I периода – 3 ч. 50 мин.

II период родов

11:50 – жалобы: на желание тужиться. Общее состояние удовлетворительное. АД(правая): 120/70 мм.рт.ст.; АД(левая): 110/70 мм.рт.ст.; ЧСС – 86 уд/мин;
t°=36,6°C.

Положение плода продольное. Предлежит головка, располагается на тазовом дне.

Сердцебиение плода – 140 уд/мин, ясное, ритмичное.

Рождение ребенка: 12:05 04.08.20 г.

Родился плод живой, доношенный мальчик, в переднем виде затылочного

вставления. Оценка по Апгар – 8/8 баллов. Без видимых пороков развития.

У родильницы моча выведена катетером, 100 мл, светлая.

Назначения: Окситоцин 10 Ед в/м.

Продолжительность – 15 мин.

III период родов

12:10 – послед выделился активно. Послед цел. Оболочки все. Матка плотная. Кровотечения нет. Кровопотеря в родах(%) 150 мл.

Продолжительность – 5 мин.

Ранний послеродовой период: 12:15 04.08.20 г

Осмотр родовых путей в зеркалах.

Показания 0 ранний послеродовой период.

Обезболивание – б/о.

В асептических условиях осмотрена шейка матки в зеркалах: цела.

Родовые пути осмотрены: целы. Родовые пути обработаны йодонатом.

Общая кровопотеря: 200 мл.

Течение послеродового периода: ЧСС – 78 уд/мин. $t^{\circ}=36,6^{\circ}\text{C}$. АД – 120/80 мм.рт.ст. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Матка плотная. Лохии кровянистые, умеренные. ОКП 250 мл.

Рекомендации: перевести в АФО – 1.Туалет НПО; 2.Табл. Феррум-лек 100 мг, по 1 табл. 3 р/д per os; 3.УЗИ на 07.08.20 г.

История родов № 5.

Фамилия, имя, отчество Возраст 38 лет

Национальность _____

Поступила: 16 июля 2020 г

Выбыла « _____ »

Проведено койко-дней: 0

Палата № 1.10

Группа крови: 0(I) Гемоглобин: 108

Резус-принадлежность Rh+ (полож.)

Титр антител не обнаружен

Аллергические реакции: не выявлено

RW-отр I-10/отр.: II-29/Шотр.

Исслед. на гонорею отриц.

Кем направлен: по экстренным показателям

Постоянное место жительства: город, село

Адрес _____

телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован,
одинокая (подчеркнуть)

Место работы, профессия, должность беременной, роженицы: работает

Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет

Сколько раз регулярно _____ Наименование консультации Ж/К №1

Диагноз при поступлении: Беременность 41 нед. Ложные схватки. Высок. риск трисомии 18. ОАГ. Многоводие

Диагноз клинический: Беременность 41 нед. 1 день. Тенденция к перенашиванию.

Диагноз заключительный: Анемия I ст. Миопия сред. Степени. ОГН. Высокий риск трисомии 18

Осложнения в родах, после родов: VI срочные роды в 41⁺² нед. Анемия I ст. Миопия ср. ст. ОАГ. Высокий риск трисомии 18.

Название операций и пособий Разрыв промежности I ст. по старому рубцу. Perineorraplia

Была выписана, переведена, умерла: беременной, во время родов, после родов

Рост 163 см. Вес 72,7 То 36,6
Которая беременность VII роды VI
Последняя менструация 26.10.2019г
Первое шевеление плода не помнит
Таз D.Sp 26, D.Cr 29, D.Tr 34, с. ext 21., T. vera
14,5

Окружность живота 105 см _____ Высота
матки 41 см _____
Положение плода, позиция и вид
продольное
Сердцебиение плода, место, число ударов_
ясное, ритмичное
Предлежащая часть головка
Где находится над входом в малый таз
Родовая деятельность нет
Предполагаемый вес плода 3500

Врач
Акушерка

Профилактика гонобленореи новорожденного
произведена Ung. Tetraciclini 1% 3-хкратно (чем)
Оценка состояния новорожденного по шкале
Апгар 8/9 баллов
Послед выделился самостоятельно, отделен
руками, применен прием
активно через час мин 5
Детское место целое, под сомнением
Оболочки все, под сомнением
Пуповина: длина 70 см, обвитие вокруг
особенности
Кровопотеря в родах _____ 250 _____ мл

АНАМНЕЗ

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Схватки 07:15 05.08.2020г.
Воды отошли 150 мл светлые 07:15
05.08.2020г.
Качество и количество } во 13:00 05.08.2020г.
ml Полное открытие }

Начало потуг

Ребенок родился

Первый 05.08.20 дата 13 час 20 мин

Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)

Пол девочка масса (вес) 3980 рост 54

Окружность головки 36 см, груди 35 см

Второй: дата _____ час мин

Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)

Пол __ масса (вес) __ рост

Окружность головки _____ см, груди

Психопрофилакт. подготовка, медикам
обезболивание, чем Sol. Promedoli 2% - 2,0 в/м
Эффект полный, частичный, без эффекта
(подчеркнуть)

Продолжительность родов

Общая 4ч 25 мин I пер. 4ч

II пер. 20 III пер. 5 Приняла ребенка
(акушерка, врач)

Послед осматривал

Деж. Врач

Акушерка

Течение и осложнения настоящей
беременности На учете в ЖК с 17-18 нед.

Общая надбавка веса за беременность – 10 кг

Пренатл. скрининг – высокий риск по

Общие заболевания Ветряная оспа, краснуха, ОРВИ. Миония сред. степ.

С 2018 г. – спазм аккомодации.

Здоровье мужа со слов здоров

Менструация с 12 лет по 4 д через 28 д

Начало половой жизни с 17 лет в браке

Гинекологические заболевания отрицает

Предыдущие беременности (даты родов, аборт, осложнения, оперативные пособия, масса (вес) новорожденных)

1.2000– срочные роды без осложнений, мальчик 3300

2.2003 – срочные роды без осложнений, девочка 3500

3. 2012 – срочные роды, без осложнений, мальчик 2900, умер в 1г 9 мес – синдром Дауна

4. 2014 г – срочные роды, без осложнений, девочка 3370

5. 2015 г. – замершая беременность в 15-16 нед.

6. 2017 г. – срочные роды, без осложнений, мальчик 3470

7. 2019 г. – настоящая беременность

Сколько детей живых 4

мертвожденных 0

умерло 1

трисомии 18, от инвазивной диагностики отказалась. 23-24 нед – по УЗИ – низкая плацентация.

32 нед. – анемия Iст.

38 нед. – умеренное многоводие, крупный плод (УЗИ)

Состояние при поступлении удовлет.

Данные наружного осмотра: Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зрение не нарушено. Отеков нет.

Сердце тоны сердца ясные, ритмичные

Пульс 74 уд/мин

АД на правой руке 110/70 мм рт ст

левой 110/70 мм рт ст

Органы дыхания дыхание везикулярное, хрипов нет

Органы пищеварения диспептических расстройств нет

Мочевая система дизурии нет, с-м

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Моча при кипячении

Подпись

Приложение 3
Осмотр роженицы при поступлении
(заполняется от руки)

« 16 » _____ июля _____ 20 20 г. _____ 10 _____ час _____
48 _____ мин

Поступила по направлению женской консультации, пришла сама, доставлена каретой скорой помощи DS: Grav. _____ 41 _____ нед.
беременности _____ Ложные схватки. ОГА. Высокий риск трисомии 18. Многоводие.
без родовой деятельности, родовая деятельность с _____ час
_____ мин.

Схватки _____ . Воды целы, излились в _____ час
_____ мин

Жалобы на ноющие боли внизу живота нерегулярного характера. Режим сна не нарушен.
Общее состояние удовлетворительное
АД 110/70 мм рт ст PS 74 уд/мин ЧДД 22 в мин Т 36,6 гр.
Ожирение. Кожные покровы и видимые слизистые _____ обычной окраски, чистые.
Язык влажный, чистый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные,
ритмичные. Диспептических расстройств нет.

Status obstr. Матка в N-тонусе, возбудима, в повышенном тонусе. Пальпация
нижнего сегмента безболезненна, болезненна, затруднена

Положение плода продольное, косое, поперечное, неустойчивое

Предлежит головка, ягодицы, слегка прижаты ко входу малого таза, над входом в малый таз

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, приглушено, не ясно
_____ 140 _____
_____ уд/ми

н
Шевеление плода

Выделения из половых путей
слизистые

Отеки
нет

Лимфоузлы
не увеличены

Анализ срока беременности:

по menses 41 нед.

по шевелению не помнит

по 1 явке

по декр. Отпуску

по ж.к.

по УЗИ 41 нед.

Предполагаемая масса плода 3500, доп. кровопотеря
400 мл.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище **рожавшей, емкое, узкое.** Шейка матки **сохранена, укорочена до** _____ см, **сглажена плотная неравномерно размягчена;** цервикальный канал проходим для 2,0 см, открытие маточного зева _____ см, **края тонкие утолщены растяжимы нерастяжимы податливые**

Плодный пузырь **цел, плоский, отсутствует,** передних вод

Воды не текут

Предлежит головка, **слегка прижата высоконад входом в малый таз.**

Стреловидный шов **в поперечном правом левом косом размере таза,** малый родничок

Экзостозы **не выявлены**

Мыс **не достигим.** CD >12 _____ см

DS: Беременность 41 нед. Ложные схватки.ОГА. Высокий риск трисомии 18. Многоводие.

Заключение: Роды планируется вести **per. vias naturales опекутивно** с адекватным обезболиванием, профилактикой кровотечения путем активного ведения III периода родов.

С профилактикой АСДМ, внутриутробной гипоксией плода

Профилактика кровотечения по I степени риска

ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

I период родов 05.08.20 г.

7.15 : жалобы активно не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/90 мм.рт.ст. ЧСС 80 уд/мин, t° – 36.4 °С. Физиологические показатели в норме.

Матка безболезненна. Регулярной родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 144 уд/мин, ясное, ритмичное. Воды не текут.

Влагалище рожавшей Шейка матки центрирована, длина 2 см, размягчена. Цервикальный канал проходим для 2 см. Плодный пузырь цел, инструментально вскрыт – излилось 150 мл светлых вод.

Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Выделения из половых путей слизистые.

10.15: жалобы – регулярная родовая деятельность с 9.00 05.08.20г Схватки по 20-25 сек, через 4-5 мин, достаточной силы.

Общее состояние удовлетворительное. АД (правая) 110/70 мм.рт.ст, АД (левая) 110/70 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд/мин, ритмичный, t° – 36.7 °С. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Язык влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Мочилась, мочи выделено 100 мл.

Матка – нормотонус вне схватки. Положение плода – продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд/мин, ясное, ритмичное. КТГ – нормальный тип кривой. Из половых путей светлые воды.

12.00: жалобы – на болезненные схватки. Схватки по 30-35 сек через 4-5 мин, достаточной силы, болезненные.

Общее состояние удовлетворительное. АД (правая) 110/70 мм.рт.ст, АД (левая) 110/70 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд/мин, ритмичный, t° – 36.7 °С. Положение плода – продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 136 уд/мин, ясное, ритмичное. КТГ – нормальный тип кривой. Из половых

путей подтекают светлые околоплодные воды.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка матки сглажена, податливая. Открытие маточного зева – 6 см, края средней толщины. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона, расположение – прижата ко входу в малый таз. Костных экзостозов в малом тазу нет. Мыс не достижим. Околоплодные воды светлые.

Обезболивание : 05.08.20г 12.00 – Sol.Promedoli 2%-2.0 в/м.

Продолжительность I периода – 4 ч.

II период:

13.00: жалобы на желание тужиться. Общее состояние удовлетворительное. АД (правая) 110/70 мм.рт.ст, АД (левая) 110/70 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд/мин, ритмичный, $t^{\circ} - 36.6^{\circ}C$. Положение плода – продольное, предлежит головка, располагается на тазовом дне. Сердцебиение плода 140 уд/мин, ясное, ритмичное.

Рождение ребенка : 13.20 05.08.20г.

Родилась живая, доношенная девочка, в переднем виде затылочного вставления. Пуповина пересечена через 1 мин. Оценка по Апгар: 8/9 баллов. Без видимых пороков развития. У роженицы моча выведена катетером, 100 мл, светлая.

Назначения: окситоцин 10 ЕД в/м.

Продолжительность – 20 мин.

III период:

13.25: послед выделился активно, цел, оболочки все. Матка сократилась, плотная. Кровотечения нет. Кровопотеря в родах 150 мл.

Описание операции (осмотр родовых путей в зеркалах): 05.08.20г.

13.30: Осмотр родовых путей. Perineographia.

Показания: ранний послеродовой период. Разрыв промежности 1 ст. Обезболивание: Sol.Novocaini 0,5 % 10,0 местно.

В асептических условиях осмотрена шейка матки в зеркалах : цела. Родовые пути осмотрены: промежность послойно восстановлена кетгуттом, швы угловые.

Родовые пути обработаны йодонатом.

Общая кровопотеря: 200 мл.

Течение послеродового периода: Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд/мин, ритмичный, $t^{\circ} - 36.6^{\circ}\text{C}$. Жалоб нет. Матка плотная. Лохии кровянистые, умеренные. ОКП 250 мл.

Рекомендации: перевести в АФО: 1.Туалет НПО

2. Табл.Феррум-лек 100 мг, по 1 таб. 3 р/д peros

3. УЗИ 08.08.20г

История родов № 6.

Фамилия, имя, отчество Возраст 25

Национальность _____

Поступила: 04.08.2020 г
Выбыла « _____ »
Проведено койко-дней: 0
Палата № 2

Группа крови: A(II) Гемоглобин: 112
Резус-принадлежность отр.
Титр антител
Аллергические реакции: не выявлено
Отр. ВИЧ, RW-отр.
Исслед. на гонорею отр

Кем направлен: планово

Постоянное место жительства: город, село

Адрес _____

телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован,
одинокая (подчеркнуть)

Место работы, профессия, должность беременной, роженицы: работает

Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет

Сколько раз регулярно _____ Наименование консультации
ГБУЗ «Калачевская ЦРБ» _____

Диагноз при поступлении: Беременность. 39-40 нед. Ложные схватки. Резус

Диагноз клинический: отрицательная кровь без сенсибилизации. ОАА.

Диагноз заключительный: _____

Осложнения в родах, после родов: Преждевременный разрыв плодных оболочек.

Название операций и пособий _____

Была выписана, переведена, умерла: беременной, во время родов, после родов

Рост 158 см. Вес 59,5 То 36,6
Которая беременность II роды I
начались
Последняя менструация 28.10.19
Первое шевеление плода
Таз D.Sp 25, D.Cr 28, D.Tr 31, с. ext 20
Окружность живота 95 см _____ Высота
матки 35 см _____
Положение плода, позиция и вид
продольное
Сердцебиение плода, место, число ударов_
ясное, ритмичное
Предлежащая часть головка
Где находится над входом в малый таз
Родовая деятельность нет
Предполагаемый вес плода 3600

Врач

Акушерка

Профилактика гонобленореи новорожденного
произведена Sol. Albucidi 20% (чем)
Оценка состояния новорожденного по шкале
Апгар 8/9 баллов
Послед выделился самостоятельно, отделен
руками, применен прием
черезчасмин 5
Детское место целое, под сомнением
Оболочки все, под сомнением
Пуповина: длина 70 см, обвитие вокруг
особенности
Кровопотеря в родах _____ 250 мл

АНАМНЕЗ

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Схватки 05:00 06.08.20
Воды отошли 04:30 06.08.20
Качество и количество вод светлые, 250
мл Полное открытие } 9:45 06.08.19
Начало потуг }
Ребенок родился
Первый 06.08.20 дата 10 час 05 мин
Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)
Пол мальчик масса (вес) 3350 рост 52
Окружность головки 34 см, груди 33 см
Второй: дата _____ час мин
Живой, мертвый, головкой, ягодицами,
ножками (подчеркнуть)
Пол __масса (вес)__рост
Окружность головки _____ см, груди

Психопрофилактик. подготовка, медикам
обезболивание, чем Sol. Promedoli 2% - 2,0 в/м
Эффект полный, частичный, без эффекта
(подчеркнуть)
Продолжительность родов
Общая 5ч 10' I пер. 4ч 45'
II пер. 20' III пер. 5' Приняла ребенка
(акушерка, врач)
Послед осматривал
Деж. Врач
Акушерка
Течение и осложнения настоящей
беременности На учете в ЖК с 10 нед. Общая
надбавка веса – 8,4 кг
28 нед. – введение антирезусного
иммуноглобулина.

Общие заболевания Ветряная оспа, ОРВИ,
грипп, псориаз

С 2018 г. – спазм аккомодации.

Здоровье мужа со слов здоров

Менструация с 14 лет по 4 д через 28 д

Начало половой жизни с 17 лет в браке

Гинекологические заболевания отрицает

Предыдущие беременности (даты родов,
абортов, осложнения, оперативные пособия,
масса (вес) новорожденных)

1.2012г – самопроизвольный выкидыш, до 12
нед., без осложнений.

2.2019-2020 – настоящая беременность

Сколько детей живых 0

мертвожденных 0

умерло 0

38 нед – от 21.05.19 г – многоводие

Состояние при поступлении удовлет.

Данные наружного осмотра: Кожные покровы
и видимые слизистые чистые, обычной
окраски. Зрение не нарушено. Отеков нет.

Головная боль отсутствует

Сердце тоны ясные, ритмичные

Пульс 74 уд/мин

АД на правой руке 110/65 мм рт ст

левой 110/70 мм рт ст

Органы дыхания дыхание везикулярное,
хрипов нет

Органы пищеварения диспептических
расстройств нет

Мочевая система дизурии нет, с-м

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон

Моча при кипячении

Подпись

Приложение 3
Осмотр роженицы при поступлении
(заполняется от руки)

« 04 » _____ 08 _____ 20 20 г. _____ 10 _____ час _____ 40 _____ мин

Поступила по направлению женской консультации, пришла сама, доставлена каретой скорой помощи DS: Grav. _____ 39-40 _____ нед.
беременности _____ Ложные схватки. Резус-отрицательная кровь без сенсibilизации.
ОАА _____

без родовой деятельности, родовая деятельность с _____ час
_____ мин.

Схватки _____ . Воды целы, излились в _____ час
_____ мин

Жалобы на ноющие боли внизу живота нерегулярного характера. Режим сна не нарушен.
Общее состояние удовлетворительное _____

АД 110/70 мм рт ст PS 74 уд/мин ЧДД 18 в мин Т 36,6 гр.

Конституция нормостеническая, ИМТ = 24. Кожные покровы и видимые слизистые
обычной окраски, чистые. Язык влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны
сердца ясные, ритмичные. Диспептических расстройств нет.

Status obstetr. Матка в N-тонусе, возбудима, в повышенном тонусе. Пальпация
нижнего сегмента безболезненна, болезненна, затруднена

Положение плода продольное, косое, поперечное, неустойчивое

Предлежит головка, ягодицы, слегка прижаты ко входу малого таза, над входом в малый таз

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, приглушено, не ясно

_____ 140 _____

_____ уд/ми

н

Шевеление плода _____

Выделения из половых путей
слизистые _____

Отеки
нет _____

Лимфоузлы
не увеличены _____

Анализ срока беременности:

по menses 28.08.19 (40 нед.)
по шевелению 20.01.20 г.
по 1 явке 23.10.19
по декр. Отпуску
по ж.к.
по УЗИ 39 нед.
Предполагаемая масса плода 3600, доп. кровопотеря
250 мл.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей, емкое, узкое. Шейка матки сохранена, укорочена до _____ см, сглажена плотная неравномерно размягчена; цервикальный канал проходим для 1,0 см, открытие маточного зева _____ см, края тонкие утолщены растяжимы нерастяжимы податливые

Плодный пузырь цел, плоский, отсутствует, передних вод

Предлежит _____ головка _____, слегка прижата высоко над входом в малый таз.

Стреловидный шов в поперечном правом левом косом размере таза, малый родничок

Экзостозы не выявлены

Мыс не достигим. CD >12 _____ см

DS: Беременность 39 нед. Ложные схватки. Резус-отрицательная кровь, без сенсibilизации. Многоводие. ОАА.

Заключение: Роды планируется вести per. vias naturales оперативно с адекватным обезболиванием, профилактикой кровотечения путем активного ведения III периода родов.

С профилактикой АСДМ, внутриутробной гипоксией плода

Профилактика кровотечения по _____ I _____ степени риска

ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

Переводной эпикриз в родильное отделение:

I период родов: 06.08.20

05:50- Жалобы на отхождение светлых околоплодных вод в количестве 250,0 мл в 04:30. Схватки в 05:00

Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм.рт.ст. ; ЧСС- 76уд/мин. t тела-36,3 С.

По органам и системам без особенностей. Матка возбудима. Регулярная родовая деятельность есть, через 5 мин по 20 сек, с 05:00.

Положение плода продольное, предлежащая часть - головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин. Воды светлые, отеков нет. Наружные половые органы сформированы и развиты правильно. Уретра, бартолиновы железы не изменены. Паховые л/у не увеличены. Влагалище нерожавшей. Шейка матки центрирована, длина < 1 см, размягчена. Цервикальный канал проходим для 2,5 см. Плодный пузырь отсутствует, подтекают светлые воды. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Костных экзостозов в малом тазу нет. Мыс недостижим, с.diag.>:>12 см.

08:30-Жалобы на болезненные схватки. Схватки по 30-35 сек через 4 минуты, достаточной силы, болезненные.

Общее состояние удовлетворительное. АД (правая) :110/70мм.рт.ст., АД (левая) :110/70мм.рт.ст., ЧСС-76 уд/мин, t-36.7 С.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 уд/мин. Из половых путей подтекают

светлые околоплодные воды.

Внутреннее акушерское исследование: с целью решения вопроса об обезболивании. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, податлива, открытие маточное зева 6 см, края тонкие, податливые. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева у лона; головка прижата ко входу в малый таз, костных экзостозов в малом тазу нет; мыс недостижим. Околоплодные воды светлые.

Обезболивание- Sol. Promedoli 2%-2.0 в/м. Продолжительность I периода родов- 4 часа 45 мин.

II период родов:

9:45- Жалобы на желание тужиться. Общее состояние удовлетворительное. АД (правая): 120/70 мм.рт.ст., АД (левая): 110/70 мм.рт.ст.; ЧСС- 86 уд/мин; t- 36.6 С. Положение плода продольное, предлежит головка, располагается на тазовом дне. Сердцебиение плода- 140 уд/ мин, ясное ритмичное.

Рождение ребенка: 06.08.20.

10:05- родился живой, доношенный мальчик, в переднем виде затылочного вставления, с оценкой по Апгар 8/9 баллов. Без видимых пороков развития.

У роженицы моча выведена катетером, 100 мл, светлая.

Назначения: окситоцин 10 Ед в/м.

Продолжительность: 20 мин.

III период родов:

10:10- послед выделился активно, цел, оболочки все. Матка сократилась, плотная. Кровотечения нет, кровопотеря в родах- 150мл.

Осмотр родовых путей в зеркалах. Labiographia.

Показания: Ранний послеродовой период. Разрыв малой половой губы справа.

Обезболивание: на рану спрей лидокаин 10% 3 дозы.

В асептических условиях осмотрена шейка матки в зеркалах: цела.

Родовые пути осмотрены: разрыв малой половой губы ушит кетгутом.

Родовые пути обработаны йодонатом.

Общая кровопотеря: 150 мл.

Течение послеродового периода: 12:05(06.08.20)

ЧСС- 78 уд\мин; t- 36,6 С; АД-120\80 мм.рт.ст. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Матка плотная. Лохии кровянистые, умеренные. ОКП- 250мл.

Рекомендации: перевести в АФО: 1.туалет НПО; 2. Антивирусный Ig 300мкг, в/м; 3.УЗИ 09.08.20г.

Перечень практических навыков, которые необходимо усвоить за период производственной клинической практики по акушерству в качестве помощника врача

Практические навыки	Количество
1. Собрать акушерско-гинекологический анамнез	
2. Методики определения предполагаемой даты родов	
3. Принять роженицу	
4. Измерение индекса Соловьева, окружности живота, высоты стояния дна матки, ромба Михаэлиса.	
5. Тазоизмерение	
6. Приемы Леопольда –Левицкого	
7. Определение предполагаемой массы плода.	
8. Определение степени зрелости шейки матки	
9. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.	
10. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания	
11. Ручное пособие при переднем виде затылочного предлежания	
12. Техника осмотра и измерение родившегося последа	
13. Оценка кровопотери в родах	
14. Осмотреть при помощи зеркал шейку матки после родов	
15. Техника ушивания разрывов промежности и мягких тканей в родах.	
16. Техника эпизиотомии и эпизиоррафии	
17. Техника перинеотомии и перинеоррафии	
18. Техника наложения швов на шейку матки при её разрыве I-II степени	
19. Ручной контроль полости матки. Техника выполнения.	
20. Техника выполнения баллонной тампонады матки	
21. Техника наложения компрессионных швов на матку при гипотоническом кровотечении	
22. Последовательность мероприятий при послеродовом гипотоническом кровотечении	
23. Ход операции кесарево сечение в нижнем сегменте матки	
24. Показания и техника наложения выходных акушерских щипцов	
25. Показания и техника наложения вакуум-экстрактора.	

Практические навыки

Собрать акушерско-гинекологический анамнез

а) Менструальная функция:

- возраст, в котором появились первые менструации
- через какое время установились
- характеристика цикла: через сколько дней, по сколько дней, обильность, болезненность
- менялся ли цикл в связи с какими-либо причинами (аборт, роды, заболевания и т.д.)
- дата последней менструации

б) Секреторная функция

Это наличие белей (выделений из влагалища) в межменструальный период, их цвет, запах, консистенция, количество, периодичность появления.

в) Половая функция

Со сколько лет началась половая жизнь. Есть ли проблемы в этой сфере. Чем предохранялась.

г) Детородная функция

Сколько всего беременностей было.

Затем, по годам, чем закончились:

Если роды: срочность, вес ребенка, осложнения, сколько кормила грудью;

Если аборт: самопроизвольный или искусственный, срок беременности, осложнения.

д) Перенесенные в прошлом гинекологические заболевания, как протекали, чем закончились.

е) Течение настоящей беременности.

- Дата последней менструации
- Срок беременности, при котором женщина встала на учет
- Дата первого шевеления плода
- Осложнения во время беременности (колебания артериального давления, изменения в анализах крови и мочи, угроза прерывания беременности и т.д.)
- Госпитализации (длительность, причины)
- Лечение (принимает какие либо лекарственные препараты)

Пельвиметрия

Цель: Определение наружных размеров таза.

Подготовить: кушетку, тазомер, пелёнку.

Последовательность действий:

Провести гигиеническое мытьё рук.

Беременная укладывается на кушетку на спину (на пеленку). Просим освободить от одежды низ живота. Тазомер берется в руки шкалой к себе так, чтобы оставались указательные пальцы для пальпаций.

1. *Distantia Spinarum* – это расстояние между передневерхними остями крыльев

подвздошной костей (25-26 см.)

Методики определения предполагаемой даты родов

Указательными пальцами находим передневерхние ости крыльев подвздошных костей и ставим туда пуговицы тазомера.

2. *Distantia Cristarum* – это расстояние между наиболее удаленными точками

гребней крыльев подвздошных костей (28-29 см).

Указательными пальцами скользим по гребням крыльев подвздошных костей вверх. Находим наиболее удалённые друг от друга точки и ставим туда пуговицы тазомера.

3. *Distantia Trochanterica* – это расстояние между вертелами бедренных костей (31-32 см).

Просим женщину пошевелить стопами вправо и влево, при этом ладони рук расположены на бедрах женщины в области тазобедренных суставов.

Отмечаем точки, где прощупывается шевеление головок бедренных костей и ставим туда пуговицы тазомера.

4. *Conjugata Externa* – это расстояние между верхним краем лона и надкрестцовой

ямкой (20-21 см).

Просим женщину лечь на бок к себе спиной, нижнюю ногу согнуть в коленном и тазобедренном суставах, верхнюю ногу выпрямить. Спереди пуговица ставится на середину верхнего края лона, сзади на верхний угол ромба Михаэлиса (надкрестцовая ямка).

Определение срока беременности производят на основании анамнестических данных (задержка менструации, дата первого шевеления плода), по данным объективного обследования (величина матки, размеры плода) и по данным дополнительных методов исследования (УЗИ).

Срок беременности и даты родов определяют:

- **по дате последней менструации.** От первого дня последней менструации отсчитывают количество дней (недель) на момент обследования беременной. Для определения даты родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней (10 лунных месяцев) или используют формулу Негеле: от даты начала последней менструации отнимают 3 месяца и прибавляют 7 дней. Данный метод не может быть использован у женщин с нерегулярным менструальным циклом.

- **по овуляции.** Если в силу тех или иных обстоятельств женщина может назвать дату предполагаемого оплодотворения (ЭКО, инсеминация спермой донора), то срок беременности отсчитывают от даты зачатия, предварительно прибавив 2 недели, а дату родов определяют, отсчитав от даты предполагаемой овуляции 38 недель, или, используя следующую формулу: от даты овуляции отнимают 3 месяца 7 дней.

- **по первой явке.** При постановке на учет по беременности обязательным моментом исследования беременной является влагалищное исследование, при котором с определенной точностью можно определить срок беременности.

- **по первому шевелению.** Определение срока беременности по дате первого шевеления плода возможно во второй ее половине. В среднем

первородящие женщины ощущают шевеление плода, начиная с 20 недель, а повторнородящие – с 18 недель.

-по данным ультразвукового исследования. Точность определения срока беременности по данным ультразвукового исследования достаточно высока, особенно в первом триместре беременности. Во 2 и 3 триместрах ошибка определения срока беременности этим методом повышается, что связано с конституциональными особенностями развития плода или осложнениями беременности (гипотрофия плода, диабетическая фетопатия и т.д), поэтому определенную ценность представляет динамическое ультразвуковое наблюдение за плодом.

Для быстрого подсчета срока беременности и родов выпускают специальные акушерские календари.

Объективное определение срока беременности в 1 триместре возможно при бимануальном исследовании женщины, т.к матка в эти сроки располагается в малом тазу. С 16 недель дно матки прощупывают над лоном и о сроке беременности судят по высоте стояния дна матки над лонным сочленением, измеренной сантиметровой лентой.

Также определяют по формулам:

Для удобства расчетов пользуются следующей формулой (формула Скульского):

$$X = ((L \times 2) - 5) / 5$$

Где **X** – предполагаемый срок беременности в лунных месяцах; **L** – длина плода в матке при измерении тазомером; **2** – коэффициент удвоения; **5** в числителе – толщина стенок живота и стенки матки; **5** в знаменателе – цифра, на которую умножают число месяцев для получения длины плода (по формуле Гаазе).

Например:

$$X = ((22,5 \times 2) - 5) / 5 = 8$$

Где 8 – количество акушерских месяцев, или 32 недели беременности. Для получения длины плода – формула Гаазе:

В первую половину беременности (до 20 недель) – $L = X^2$

Во вторую половину беременности (после 20 недель) – $L = X \times 5$,

где X- количество лунных месяцев.

Измерение головки плода дает вспомогательные числа для уточнения поздних сроков беременности. Женщина лежит на спине; по возможности тщательнее ощупывают головку плода: пуговки тазомера устанавливают на самых выдающихся пунктах, которые обычно соответствуют области затылка и лба. Лобно-затылочный размер головки в конце 8 месяца (32 недели) плода в среднем равен 9,5 см, конце 9 месяца (35-36 недель)- 11 см.

По формуле И.Ф Жордания:

$$X = L + C$$

где X-предполагаемый срок беременности в неделях; L-длина плода в матке измеренная тазомером; C -лобно-затылочный размер.

Например:

Если $L=22$ см, $C=10$ см, то $X=32$ см т.е срок беременности равен 32 неделям.

Используя все перечисленные методы определения срока беременности в 1 триместре, удастся установить срок беременности с точностью до первой недели. Во 2 и 3 триместрах возможность ошибок в определении срока

беременности возрастает. Использование метода ультразвукового сканирования (УЗИ) повышает точность определения срока беременности.

Измерение индекса Соловьева, окружности живота, высоты стояния дна матки, ромба Михаэлиса

Цель: определение толщины костей таза и его емкости.

Показания: беременность.

Противопоказания: нет.

Оснащение: сантиметровая лента.

Последовательность действий:

Освободить от одежды лучезапястный сустав беременной.

Сантиметровой лентой измерить окружность лучезапястного сустава.

Оценить полученный результат: в среднем индекс Соловьева составляет 14-15 см; чем меньше индекс, тем тоньше кости и больше емкость таза.

Измерение окружности живота

Цель: определение срока беременности и предполагаемой массы плода.

Показания: вторая половина беременности.

Противопоказания: нет.

Оснащение: кушетка, сантиметровая лента, индивидуальная карта

беременной или история родов.

Последовательность действий:

Уложить женщину на кушетку в положении лежа на спине с вытянутыми ногами.

Сантиметровой лентой измерить окружность живота: спереди – на уровне пупка, сзади – на уровне поясничной области.

Записать полученный результат в индивидуальную карту беременной или в историю родов.

Примечание: мочевого пузыря беременной должен быть опорожнен.

Измерение высоты стояния дна матки

Цель: определение беременности и предполагаемой массы плода.

Показания: вторая половина беременности.

Противопоказания: нет.

Оснащение: кушетка, сантиметровая лента, индивидуальная карта беременной или история родов.

Последовательность действий:

Уложить женщин на кушетку в положении лежа на спине с вытянутыми ногами.

Правой рукой прижать конец сантиметровой ленты к середине верхнего края симфиза, а левой рукой натянуть ленту по поверхности живота до проекции дна матки.

Записать полученный результат в индивидуальную карту беременной или историю родов.

Примечание: мочевого пузыря женщины должен быть опорожнен.

Алгоритм измерения ромба Михаэлиса.

Цель: определение формы таза.

Оснащение:

- Фантом женского таза.
- Сантиметровая лента.

1. Объясните беременной о необходимости данного измерения.

2. Попросите беременную раздеться.

3. Обработайте сантиметровую ленту ветошью, смоченной 0,5% раствором гипохлорита кальция.

4. Сядьте на стул со стороны беременной.

5. Произведите измерения.

- Вертикальная диагональ - сантиметровой лентой измерьте расстояние от верхнего угла ромба Михаэлиса (надкрестцовая ямка) до нижнего (верхушке крестца), которое равно 11 см.

- Горизонтальная диагональ - сантиметровой лентой измерьте расстояние между боковыми углами ромба Михаэлиса (верхне-задние ости подвздошных костей), которое равно 10-11 см .

5. Результаты зафиксируйте в первичной документации.

Тазоизмерение с приведением цифр нормальных размеров таза

По наружным размерам большого таза можно судить о величине и форме малого таза. Измерение таза производят тазомером. Обследуемая находится в положении на спине, акушер стоит сбоку от нее и лицом к ней.

Distantiaspinarum- расстояние между наиболее отдаленными точками передневерхних остей подвздошных костей; в норме оно составляет

приблизительно 25- 26 см

Distantiacristarum- расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей; в норме около 28-29 см.

Distantiatrochanterica- расстояние между большими вертелами бедренных костей; в норме этот размер не менее 31-32 см.

Conjugataextema- расстояние между надкрестцовой ямкой, расположенной между остистыми отростками V поясничного позвонка и 1 крестцового позвонка, и верхним краем лонного сочленения. В нормальном тазу наружная конъюгата равна 20-21 см. Для измерения наружной конъюгаты обследуемая поворачивается на бок, нижележащую ногу сгибает в тазобедренном и коленном суставах, а вышележащую вытягивает. Сзади пуговку тазомера надо ставит между остистыми отростками V поясничного позвонка и 1 крестцового позвонка, т.е. в надкрестцовую ямку, совпадающую с верхним углом ромба Михаэлиса, спереди - на середину верхнего края лонного сочленения.

Приемы Леопольда-Левицкого:

Приемы наружного акушерского исследования - это последовательно проводимая пальпация матки. Обследуемая находится в положении на спине. Врач находится справа от беременной лицом к ней.

Первый прием наружного акушерского исследования для определения высоты стояния дна матки формы, крупной части плода, располагающейся в дне матки. Для этого акушер ладонные поверхности обеих рук располагает на матке таким образом, чтобы они охватывали все дно.

Второй прием наружного акушерского исследования позволяет определить положение плода, его позицию и вид. Для этого акушер постепенно спускает руки со дна матки на правую и левую ее стороны и осторожно надавливая ладонями и пальцами рук на боковые поверхности матки, определяет с одной стороны спинку плода по ее широкой и плотной поверхности, с другой мелкие части плода (ручки, ножки).

Третий прием наружного акушерского исследования позволяет определить предлежащую часть плода и ее смещаемость (баллотирование). Для этого одной рукой охватывают предлежащую часть и определяют, головка это или тазовый конец.

Четвертый прием наружного акушерского исследования применяют для определения местонахождения головки по отношению к входу в малый таз. Для выполнения этого приема акушер становится лицом к ногам обследуемой, кладет руки по обеим сторонам нижнего отдела матки таким образом, чтобы пальцы обеих рук как бы сходились друг с другом над плоскостью входа в малый таз, и пальпирует предлежащую часть.

Диагностика беременности на ранних и поздних сроках

Признаки беременности делятся на 3 группы:

1. предположительные
2. вероятные
3. достоверные

Предположительные признаки связаны с субъективными ощущениями женщины и изменениями в организме беременной, не касающимися внутренних половых органов:

- слюнотечение, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, отвращение к некоторым видам пищи, пристрастие к острым и кислым блюдам, извращение вкуса, могут появиться диспепсические расстройства, ощущение тяжести в эпигастральной области, запоры;
- изменение обмена веществ;
- функциональные изменения нервной системы: легкая раздражительность, обострение слуха, обоняния, плаксивость;

появление рубцов беременности.

К вероятным признакам относятся:

изменения во влагалище, матке, молочных железах;

прекращение менструации;

лабораторные реакции.

Достоверные признаки:

плод или его части;

двигательная активность плода;

сердечные тоны.

Влагалищное исследование

При влагалищном исследовании необходимо соблюдать следующие условия: 1. женщина должна лежать на спине, согнув ноги в коленных и тазобедренных суставах и разведя их в стороны;

2. таз женщины должен быть несколько приподнят;

3. мочевого пузыря и кишечника должны быть опорожнены;

4. исследование производят с соблюдением всех правил асептики.

Перед влагалищным исследованием необходимо произвести осмотр наружных половых органов, промежности и области заднепроходного отверстия и осмотр шейки матки при помощи зеркал.

Акушерское влагалищное исследование во II и III триместрах беременности одноручное (нет необходимости при пальпации через переднюю брюшную стенку второй рукой), а гинекологическое- двуручное (бимануальное).

Акушерское влагалищное исследование производят, как правило, двумя пальцами (указательным и средним). Безымянный палец и мизинец согнуты и прижаты к ладони, большой палец разогнут и максимально отведен в сторону. Свободной рукой акушер раздвигает малые половые губы, обнажает и осматривает преддверие влагалища. Затем вводит во влагалище фалангу среднего пальца, надавливает на заднюю спайку больших половых губ и вводит второй палец во влагалище.

Вначале определяют состояние промежности (ее высоту, ригидность, наличие рубцов) и влагалища (ширина и длина влагалища, состояние его стенок, складчатость). Затем обследуют шейку матки: определяют ее форму, консистенцию, длину, наличие на ней рубцов и разрывов, состояние наружного зева, его форму и др. Во время родов определяют сглаживание шейки матки, степень раскрытия зева в сантиметрах, оценивают края зева (толстые, тонкие, ригидные, хорошо растяжимы). Определяют состояние плодного пузыря и предлежащей части, отношение предлежащей части к плоскостям малого таза. Если предлежащая часть стоит высоко, обследуют все доступные пальпации внутренние поверхности малого таза, выясняют состояние мыса, измеряют диагональную конъюгату.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления.

1-й момент- вставление головки плода во вход в малый таз- сагиттальный шов устанавливается в одном из косых размеров плоскости входа в таз. Задний родничок обращен кпереди.

2-й момент- сгибание головки, происходящее под действием изгоняющих сил. Затылок опускается в малый таз, подбородок прижимается к груди. К концу сгибания головка плотно фиксируется во входе в таз, ведущей точкой становится задний родничок.

3-й момент- крестцовая ротация.

4-й момент- внутренний поворот головки, происходит в полости малого таза, заканчивается на тазовом дне. Поворот головы происходит вокруг продольной оси на 45 градусов. При законченном повороте сагиттальный шов устанавливается в прямом размере плоскости малого таза, затылок обращен кпереди.

5-й момент- разгибание головки. Совершается в плоскости выхода из малого таза. Головка выходит под нижний край симфиза подзатылочной ямкой. Образуется точка фиксации, вокруг которой головка начинает разгибание. Степень разгибания соответствует углу 120- 130 градусов. Совершив разгибание головка рождается самым благоприятным размером малым косым.

6-й момент-внутренний поворот туловища и наружный поворот головки. После разгибания плечики плода переходят из широкой части малого таза в узкую, переходят из поперечного в косой размер. Наружный поворот головки соответствует позиции плода.

7-й момент-выхождение туловища и всего тела плода. Под симфизом устанавливается переднее плечико. Ниже головки плечевой кости (на границе верхней и средней третей плечевой кости) образуются точки фиксации. Туловище плода сгибается в пояснично-грудном отделе, и первым рождается заднее плечико и задняя ручка. После этого из под лобка выкатываются и передняя ручка и без всяких затруднений выходит тело.

Амниотомия

Искусственным разрывом плодных оболочек преследуют цель ускорить родовой процесс, устранить неблагоприятное влияние на течение родов плодных оболочек или удерживаемых ими вод, создать условия для выполнения родоразрешающих операций.

Показания для амниотомии:

Родовозбуждение.

Плоский плодный пузырь (плотно прилегающий к головке плода, он тормозит развитие родовой деятельности).

Кровотечение в родах при неполном предлежании плаценты и низком ее прикреплении (амниотомия прекращает или уменьшает начавшуюся отслойку плаценты, а опускающаяся в малый таз головка плода прижимает плаценту к стенке матки, способствуя остановке или уменьшению кровотечения).

Многоводие, маловодие.

Слабость родовой деятельности (амниотомия способствует выбросу в кровь дополнительного количества простагландинов).

Роды на фоне гестоза, гипертонической болезни и других экстрагенитальных заболеваний (ранняя амниотомия как элемент терапии).

Чрезмерная плотность плодных оболочек при открытии маточного зева более 6 см.

Тактика выполнения амниотомии:

Во влагалище вводят амниотом между указательным и средним пальцами, предотвращая этим травмирование мягких родовых путей. Амниотомию производят вне схватки и эксцентрично. При многоводии околоплодные воды выводят медленно, чтобы предотвратить быстрое излитие околоплодных вод и связанные с этим осложнения - выпадение пуповины, преждевременную отслойку плаценты, патологическое вставление головки плода.

Осложнений при правильном учете показаний и условий и тщательной технике операции, как правило, не бывает. При нарушении указанных

правил возможны: выпадение пуповины, отслойка плаценты, повреждение кожных покровов предлежащей части плода. Исход для матери и плода зависит не столько от разрыва оболочек, сколько от тех осложнений родов, которые потребовали этого вмешательства.

Эпизиотомия, перинеотомия

Рассечение промежности производят в конце второго периода во время прорезывания головки плода по показаниям как со стороны матери, так и плода.

□ Угроза разрыва промежности при крупном плоде, неправильных вставлениях головки плода, высокой ригидной, рубцово - измененной промежности, родоразрешающих влагалищных операциях и др.

□ Необходимость укорочения второго периода родов при кровотечении, гестозе, вторичной слабости родовой деятельности, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек, органов дыхания и др.

Гипоксия плода.

Преждевременные роды (рассечение промежности уменьшает силу давления на головку недоношенного плода мышцами тазового дна и ускоряет рождение плода).

Техника: наружные половые органы и кожу промежности обрабатывают антисептическим раствором. Во время прорезывания головки на максимальной высоте потуги и растяжения промежности производят разрез длиной не менее 2 см ножницами, которые вводят под контролем пальца между предлежащей частью и стенкой влагалища.

В зависимости от направления разреза различают: срединную эпизиотомию (перинеотомию), срединно-латеральную и латеральную.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки

Кесарево сечение - операция чревосечения с целью родоразрешения при не возможности родоразрешения через естественные родовые пути или при возможности осложнений в родах.

Абсолютные показания к кесареву сечению:

-абсолютно узкий таз (истинная конъюгата более 6 см);

-рубцовые сужения влагалища;

-опухоли костного таза, миомы шейки, опухоли яичников с локализацией в малом тазе, препятствующие рождению или извлечению плода даже в уменьшенных размерах, рак шейки матки;

-полное предлежание плаценты;

-неполноценный рубец на матке после кесарева сечения;

-угрожающий разрыв матки;

-прогрессирующая преждевременная отслойка плаценты;

-смерть матери при живом жизнеспособном плоде;

-поперечное положение плода.

Относительные показания к кесареву сечению:

Их можно разделить на показания со стороны матери (узкий таз, кровотечения при беременности и в родах, преэклампсия, рубец на матке, слабость родовой деятельности, экстрагенитальные заболевания и др., а также сочетанная патология) и со стороны плода (угрожающая внутриутробная гипоксия, выпадение пуповины, переношенный плод).

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки без изоляции брюшной полости:

Техника: производят поперечные разрез кожи на 3-4 см выше лобка на протяжении 15-16 см, апоневроз рассекают на 3-4 см выше разреза кожи,

отслаивают от прямых мышц. Прямые мышцы пальцами разъединяют в продольном направлении. Паритетальная брюшина рассекается продольным разрезом от пупочного кольца до мочевого пузыря, брюшная полость изолируется марлевыми салфетками. Вскрывается пузырно-маточная связка. Мобилизуется мочевой пузырь на 5-6 см. Разрезается нижний сегмент матки, разрез должен соответствовать наибольшему диаметру головки плода (в поперечном направлении). Рассекается скальпелем 2-3 см маточной стенки, в сделанное отверстие вводят указательные пальцы обеих рук. Тупым путем расширяют рану до крайних точек периферии головки. При малой податливости циркулярных волокон не следует прикладывать большее усилие, а следует продолжить разрез ножницами на 1-1,5 см вверх. При крупном плоде производят дугообразный разрез. Вскрывают плодный пузырь, плод удаляют, ротируя личиком к ране за подмышечные впадины, а при тазовом предлежании - за паховые складки, производя пособие по Морису-Левре. Рану ушивают послойно, перитонизацию производят за счет пузырно-маточной складки.

Ручное отделение плаценты и выделение последа

Показания для ручного отделения плаценты и выделения последа:

- Кровотечение в третьем периоде родов вследствие аномалии отделения плаценты;
- Отсутствие признаков отделения плаценты и кровотечения в течение 30 мин после рождения плода;
- Задержка последа или его частей в матке.

Методы обезболивания и техника операции:

Обезболивание – внутривенный наркоз. Операцию проводят в асептических условиях.

Левой рукой широко разводят половые губы, после чего во влагалище, а затем в полость матки вводят конусообразно сложенную кисть правой руки. Левую руку кладут на дно матки и фиксируют ее. Внутренняя рука по пуповине проникает в полость матки, доходит до места прикрепления пуповины к плаценте и продвигается по плодовой поверхности к краю плаценты. Затем пилообразными движениями бережно отслаивают плаценту от ее площадки до полного отделения плаценты. Эту манипуляцию производят вытянутыми, плотно прилегающими друг к другу пальцами, ладонные поверхности которых обращены к плаценте, тыльные - к плацентарной площадке. Действия внутренней руки контролируются наружной рукой, оказывающей умеренное давление снаружи на тот отдел матки, где производят отделение плаценты. После полного отделения плаценты помощник потягиванием за пуповину выводит послед из родового канала, внутренняя рука способствует его выделению.

После удаления послеста рукой, остающейся в полости матки, тщательно проверяют стенки матки. Руку выводят из матки только после осмотра послеста. Повторное вхождение в полость матки не рекомендуют, так как повышается риск инфицирования.

При истинном вращении ворсин хориона в миометрий ручное отделение плаценты невозможно, усиливается кровотечение. В таких случаях сразу прекращают дальнейшие манипуляции, женщину переводят в большую операционную, производят лапаротомию и удаляют матку.

Техника осмотра и измерение родившегося послеста

Вывернуть послед материнской стороной наружу.

2. Уложить его на какую-либо ровную поверхность.

3. Произвести осмотр плаценты (материнской части послеста) с целью выявления дефекта (отсутствие дольки или ее части).

4. Проследить, не отходят ли от краев плаценты сосуды в оболочке, что свидетельствует о наличии добавочной дольки.
5. Осмотреть оболочки.
6. Убедившись в целостности последа, взвесить его и определить размер материнской части плаценты по двум параметрам.
7. При наличии добавочной дольки плаценты или ее дефекта а также, если обнаружен дефект плаценты или оболочек, необходимо произвести ручное обследование полости матки.
8. При необходимости (перенашивание и недонашивание беременности, антенатальная смерть плода, Rh-изоиммунизация, поздние токсикозы, инфицированные роды, пороки развития) послед направить на патогистологическое исследование.

Оценка кровопотери в родах

В послеродовом периоде и в первые 2 часа после родов измеряют общее количество потерянной крови.

- 1) сразу после рождения плода между ног роженицы ставят лоток для сбора крови из влагалища.
- 2) кровь из лотка сливается в градуированную мерную банку.
- 3) общая кровопотеря фиксируется в истории родов и не должна превышать 0,5% от массы тела (при весе роженицы до 80кг) и 0,3% от массы тела роженицы (при весе роженицы больше 80кг) – N- 250мл.

