I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

 1. Ф.И.О. -

 2. Возраст- 21 год.

 3. Профессия- продавец в ТОО "корд".

 4. Дата и час поступления - 9/12 - 1996 г.,23 час 40 мин.

 5. Дата и час начала курации - 10/12 - 96 г. , 13 час 30 мин.

 6. Жалобы при поступлении - на схваткообразные боли в нижней

части живота, слабой интенсивности, регулярные, с частотой через 25-30

минут, продолжительностью 10-15 секунд.

 Жалобы на момент курации - на схваткообразные боли в нижней части

живота, интенсивные, регулярные /через каждые 4-5 минут/,

продолжительностью 40-45 секунд.

 7. Диагноз при поступлении - беременность 39-40 недель.

 II. АНАМНЕЗ.

 1. Наследственность.

 Беременность у матери протекала без осложнений. Многоплодия у

родителей и ближайших родственников не было. Сахарным диабетом,

сердечно-сосудистыми заболеваниями, пороками развития никто из

ближайших родственников не страдает.

 2. Анамнез жизни.

 Родилась первым, единственным ребенком в семье служащих.

Развивалась в соответствии с паспортным возрастом. В школу пошла с 7

лет. Образование средне-техническое. Профессиональным вредностей нет.

Условия быта удовлетворительные: живет в благоустроенной квартире с

мужем. Не курит, алкоголь не употребляет.

 3. Перенесенные общие заболевания:

 гепатит А в возрасте 7 лет, простудные заболевания. Туберкулез и

венерические заболевания отрицает.

 4. Переливаний крови не было.

 5. Менструальная функция: менструации с 13 лет, установились в 15

лет, по 3-4 дня, наступают через 24 дня, обильные, болезненность

умеренная.

 6. Половая жизнь: началась с 16 лет, состоит в первом браке, брак

регистрирован, возраст мужа 24 года, здоров.

 7. Перенесенные гинекологические заболевания: не болела.

 8. Беременность первая, роды первые.

 9. Течение данной беременности:

 а/ дата последней менструации: начало- 1 марта, конец-4 марта.

 б/ течение первой половины беременности - без осложнений.

 в/ дата первого шевеления плода - не помнит.

 г/ течение второй половины беременности: впервые обратились в

женскую консультацию N 3 17 июня 1996 года на 13 недели беременности,

посетила ее 15 раз.

 Данные анализов крови в анамнезе:

 23/Х - Нв - 108 г/л, Л - 7,2 г/л, СОЭ - 35 мм/час

 4/ХI- Нв - 113 г/л

 27/ХI- НВ - 112 г/л

 Данные анализов мочи в анамнезе:

 24/VI - уд.в.- 1011, Б-нет, Л-един.

 26/VII- мутная, Б-нет, Л-един.

 16/VIII - рН - щел., уд.в.- 1012, Б-нет,Л-един.

 3/Х - уд.в.- 1010, Б-нет, Л-един.

 18/ХI - уд.в.- 1012, Б-нет, Л-един.

 28/ХI - уд.в.- 1014, Б-нет, Л-един.

 Динамика АД

 АД,мм.рт.ст.

 ¦

 120/80+ \* \* \*

 ¦

 110/70+ \* \* \* \* \*

 ¦

 100/60+ \* \* \* \*

 L-T---T---T---T---T---T---T---T---T---T---T---T-- Даты

 число 17 10 5 21 11 25 9 23 13 25 2 9

 месяц 6 7 8 8 9 9 10 10 11 11 12 12

 Группа крови I(О), резус +, время свертывания крови - 7 минут,

изосенсибилизация отсутствует.

 Консультации - у терапевта, проведена психопрофилактическая

подготовка к родам, дата предоставления дородового отпуска 27 сентября

1996 года.

 д/ Течение беременности с момента поступления до момента

курации.

 Поступила в 1-й род.дом 9/ХП-1996 года в 23 час.40 минут. При

поступлении выявлен поздний токсикоз - возник на 30 недели

беременности, протекал в форме водянки I степени. Лечение проводилось

амбулаторно. С 23 недели беременности наблюдалась патологическая

прибавка веса-3,7 кг за 3 недели. Угрозы прерывания беременности не

было. Гриппом, ОРЗ во время беременности не болела, повышений

температуры не было. Кровотечений не было.

 III. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

 А. Общее состояние.

 1. Общее состояние удовлетворительное, самочувствие

удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение

правильное, конституция нормостеническая.

 Рост - 165 см.

 Вес - 73 кг.

 Температура - 36,8.

 Кожные покровы телесного цвета,умеренно влажные, тургор в норме.

Варикозное расширение вен нижних конечностей. Незначительная

пастозность голеней. Форма живота круглая. Полосы беременности

отсутствуют. Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены,

пигментированы.Щитовидная железа пальпируется безболезненная, мягкой

консистенции, без узлов, симптомов тиреотоксикоза нет.

 2. Органы дыхания.

 При осмотре верхних дыхательных путей патологические изменения не

выявлены. Грудная клетка конической формы, обе ее половины одинаково

участвуют в акте дыхания, грудная клетка при пальпации эластична,

резистентна, безболезненна. Тип дыхания - преимущественно грудное.

Частота дыхания - 18 раз/мин.,дыхание ритмичное. При перкуссии грудной

клетки звук над симметричными участками легких ясный, одинаковой силы.

Ширина полей Кренига - 7 см. Экскурсия легких - 3 см вверх, 3 см вниз.

При топографической перкуссии границы легких соответствуют норме. При

аускультации над всей поверхностью легких везикулярное дыхание.

 3. Органы кровообращения.

 При осмотре сердечный горб отсутствует, втяжений в области сердца

нет. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева на 1,5 см

кнутри от среднеключичной линии, шириной 2 см, умеренной высоты, силы,

резистентности. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и

напряжения, частота - 72 уд/мин. АД при исследовании до беременности

110/70 мм рт.ст., во время беременности - от 100/60 до 120/80 мм рт.ст.

 Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При

аускультации тоны сардца ясные, ритмичные, частота сердечных

сокращений 72 уд/мин, сердечных шумов нет.

 4. Органы пищеварения.

 Аппетит не нарушен, жевание и глотание не затруднено, стул

регулярный, оформленный. Слизистая рта розовая, влажная, чистая. При

поверхностной и глубокой пальпации живота патологических изменений

нет. Печень не пальпируется, при перкуссии границы печени в норме.

Селезенка не пальпируется.

 5. Органы мочевыделения.

 Мочеиспускание безболезненное. Почки не пальпируются, симптом

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

 6. Нервная система и органы чувств.

 Сознание ясное, поведение адекватное, сон не нарушен, зрительный,

слуховой, вкусовой анализаторы - без патологии.

 Б. Специальное акушерское исследование.

 1. Размеры таза.

 Distantia spinarum - расстояние между передними верхними остями

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

 Distantia cristarum - расстояние между наиболее отдаленными

точками гребней подвздошных костей, норма-28-29 см. У роженицы - 29 см.

 Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами

бедренных костей, норма-30-31 см. У роженицы - 32,5 см.

 Conjugata externa - прямой размер таза, от середины

верхненаружного края лобкового симфиза до надкрестцовой ямки,

норма-20-21 см. У роженицы - 21 см.

 2. Крестцовый ромб - площадка на задней поверхности крестца:

верхний угол составляет углубление между остистым отростком V

поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня; боковые

углы соответсвуют задневерхним остям подвздошных костей;

нижний-верхушке крестца; сверху и снаружи ромб ограничивается

выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи - выступами ягодичных

мышц. Норма-10х10 см или 11х11 см. У роженицы - 12х12 см.

 3. Индекс Соловьева - окружность лучезапястного сустава,

позволяющая судить о толщине костей таза, в норме-14 см и меньше. У

роженицы - 15 см.

 4. Высота дна матки над лоном - 36 см.

 5. Окружность живота - 90 см.

 6. Длина плода -

 прямой размер головки -

 7. Предполагаемая масса плода - 3400 гр.

 8. Наружное акушерское исследование.

 1-й прием: цель-определение высоты стояния дна матки (36 см) и

части плода, располагающейся в дне матки (тазовый конец-крупная, менее

плотная и округлая, чем головка, часть плода).

 2-й прием: цель-определение спинки и мелких частей плода

(спинка-равномерная площадка, мелкие части - небольшие выступы, часто

меняющие положение); определение позиции и вида - вторая позиция,

передний вид. Матка возбудима, сокращения в ответ на раздражение

пальпацией; круглые связки пальпируются в виде длинных, плотных тяжей.

 3-й прием: цель-определение предлежащей части плода - головка

(плотная, округлой формы, часть плода, с отчетливыми контурами, при

пальпации подвижна - ощущается ее балотирование).

 4-й прием: подтверждается 3-й прием, определяется уровень стояния

предлежащей части плдода (над входом в малый таз).

 9. Сердцебиение плода: ясное, ритмичное, 140 уд/мин,

выслушивается справа, ниже пупка.

 10. Родовая деятелдьность: схватки, периодичностью через 4-5 мин,

продолжительностью 40-45 сек., сильные, болезненные.

 11. Влагалищное исследование.

 Наружные полдовые органы при осмотре цианотичны. При внутреннем

влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, без патологических

изменений; шейка матки сглажена, края растяжимые, степень раскрытия

8-9 см, длина шейки матки - 1 см. Плодного пузыря нет. Предлежащая

часть - головка предлежит ко входу в малый таз, стреловидный шов в

правом косом размере, малый родничок у лона. Мыс не достигается.

Диагональная коньюгата не определяется. Костных изменений в малом тазу

не обнаружено. Подтекают светлые воды.

 В. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ, ДАННЫЕ УЗИ, КТР И ЗАКЛЮЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ.

 1) Данные анализов крови.

 Кривая изменения уровня гемоглобина во время беременности.

 Hb(г/л)

 ¦

 120+ \*

 ¦

 113+ \*

 ¦

 112+ \*

 ¦

 108+ \*

 L--T------T------T------T--- Даты

 23.10 4.11 27.11 10.12

 Таблица изменения данных общего анализа крови /эритроцитов и СОЭ,

другими данными не располагаем/.

 --------T---------T----------¬

 ¦ Дата ¦ Эр,Т/л ¦ СОЭ,мм/ч ¦

 +-------+---------+----------+

 ¦23.10 ¦ 7,25 ¦ 35 ¦

 ¦10.12 ¦ 4,15 ¦ 15 ¦

 L-------+---------+-----------

 2) Данные анализов мочи.

 4/VI - прозрачная, уд.в.- 1011, Б-нет, Л-един.

 26/VII - мутная, 1011, -"- -"-

 16/VIII- прозрачная 1012 -"- -"-

 3/IХ - -"- 1010 -"- -"-

 18/ХI - -"- 1012 -"- -"-

 28/ХI - -"- 1014 -"- -"-

 3) Динамика артериального давления.

 АД

 ¦

 120/80+ \* \* \*

 ¦

 110/70+ \* \* \* \* \*

 ¦

 100/60+ \* \* \* \*

 L-T---T---T---T---T---T---T---T---T---T---T---T-- Даты

 число 17 10 5 21 11 25 9 23 13 25 2 9

 месяц 6 7 8 8 9 9 10 10 11 11 12 12

 4) Данные УЗИ от 16/VIII

 Плод в головном предлежании, соответствует 24 неделям.

 5) Консультация терапевта от 9/ХП

 Заключение: сочетанный гестоз второй половины беременности на

фоне анемии Iстепени.

 IV. ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

 Беременность, 39-40 недель, положение плода продольное,

предлежание головное, вторая позиция, передний вид. Период родов -

изгнание. Гестоз II половины беременности - водянка беременных, на

фоне анемии I степени тяжести. Варикозное расширение вен нижних

конечностей.

 Беременность доказывается следующими достоверными признаками:

 1. Прощупываются отдельные части плода - головка, спинка, таз,

мелкие части (конечности).

 2. Выслушиваются сердечные тоны плода - ясные, ритмичные, 140

уд/мин, наиболее отчетливо слышны справа, ниже пупка.

 3. Данные УЗИ от 16/VIII - беременность, соответствующая 24

неделям.

 Срок беременности определяется:

 1) по данным последней менструации - 40 недель.

 2) по первому шевелению плода - определить срок невозможно, т.к.

роженица ее не помнит.

 3) по первой явке в женскую консультацию - 38 неделя.

 4) по объективным данным.

 Продольное положение плода, головное предлежание, вторая позиция

и передний вид подтверждаются данными наружного акушерского

исследования: в дне матки располагается тазовый конец-крупная,

не плотная, не округлая, не балотирующая часть плода; спинка плода

обращена к правой стороне матки, к ее передней стенке; головка

предлежит ко входу в малый таз (пальпируется как плотная, округлая,

балотирующая часть плода). Сердечные тоны плода выслушиваются ниже

пупка справа. УЗИ подтверждает головное предлежание плода.

 Водянка беременных поставлена на основании данных анамнеза:

 во второй половине беременности, с 22-23 недели появилась

пастозность, а затем отечность голеней и стоп.Отеки носили стойкий

характер, не исчезали после отдыха в горизонтальном положении. Во

второй же половине беременности, начиная с 23 недели наблюдалась

патологическая прибавка веса-за 3 недели женщина прибавила 3 кг.700

гр.,то есть в неделю прибавка массы тела составляла в среднем 1кг200гр

при норме до 350 гр в неделю. Учитывая небольшую выраженность и

распространенность отеков на фоне высокой прибавки веса, можно думать

о скрытых отеках.

 Об анемии свидетельствуют данные общего анализа крови от 23/Х-96

- Нв-108 г/л (соответствует 34-й недели беременности). Невысоким

оставалось содержание гемоглобина до 39 недели беременности, к 40-й

недели беременности гемоглобин пришел к норме (10/ХП-120г/л).

 Варикозное расширение вен, согласно данным анамнеза, возникло в

первые месяцы беременности, женщина жаловалась на парестезии и боли в

ногах, утомляемость, сохранялось на протяжении всей беременности.

 V. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ-АНЕМИИ

 БЕРЕМЕННЫХ.

 Анемия-наиболее частое заболевание крови при беременности. У

беременных женщин наблюдается весьма часто - до 30%. В большинстве

случает это гипохромная (железодефицитная) анемия - 70-95%, реже

гиперхромная, гемолитическая или гипопластическая анемия. Чаще

развивается анемия во второй половине беременности.

 Первопричиной гипохромной анемии является не беременность, а

другие факторы, понижающие функциональную активность кровентворных

органов: заболевания, при которых в связи с нарушением обмена веществ

и в особенности железа у беременных возникаеи недостаточность

кроветворной системы. Так в анамнезе беременных с гипохромной анемией

отмечаются острые инфекеционные болезни, грипп, глистные инвазии,

желудочно-кишечные заболевания, отит, тонзиллит, гайморит, у

некоторых-самопроизвольные аборты, преждевременные роды.

 При исследовании желудочного сока часто выявляется ахилия, что

свидетельствует о связи между анемией и ахилией. У некоторых

беременных анемия может возникнуть как профессиональное заболевание,

обусловленное нарушением саниторно-гигиенических условий труда.

 В патогенезе гипохромной анемии у беременных имеют значение

следующие факторы:

 1) нарушение всасывания железа /при ахилии/;

 2) нерациональное питание /недостаток железа/;

 3) повышенный расход железа во время беременности /в процессе

развития плода требуется до 500 г железа/;

 4) повышенный тканевой обмен при беременности.

 Гипохромная анемия у беременной иногда возникает в результате

острых кровопотерь, в разной степени выраженных и связанных с

предлежанием или низким прикреплением плаценты, нарушенной внематочной

беременностью, преждевременной отслойкой нормально расположенной

плаценты.

 Важной клинической формой является гиперхромная или пернициозная

анемия. Ее возникновение связано с эндогенным В12 авитаминозом. По

времени возникновения она совпадает с переходом мегалобластического

эритропоэза у плода на нормобластическое кроветворение (обычно на 4-5

месяце беременности). Именно в это время плод нужджается в материнском

В12 и его недостаток в печени беременной, наряду с дефицитом фолиевой

кислоты, являющейся составной частью комплекса витаминов группы В,

приводит к развитию заболевания. В патогенезе имеет значение также

нарушение функций желез желудка.

 Гипопластическая анемия характеризуется угнетением функции

кроветворения - снижением содержания эритроцитов, ретикулоцитов,

лейкоцитов, тромбоцитов.

 Гемолитическая /врожденная/ анемия обусловлена повышенным

гемолизом эритроцитов, происходящим в основном в селезенке.

 У курируемой беременной женщины в этиологии и патогенезе,

возникшей у нее железодефицитной анемии, имеют значение:

 1) перенесенный в детстве гепатит А;

 2) частые острые респираторные заболевания;

 3) повышенный расход железа во время беременности;

 4) повышенный тканевой обмен при беременности.

 VI. ПЛАН ВЕДЕНИЯ.

 а) Лечение анемии беременных:

 лечение гипохромной анемии в женской консультации включает

витаминизированную, богатую белком и минеральными веществами, диету, а

также препараты восстановленного железа (Ferrum hydrogenio reductum) в

возрастающих дробных дозах (от 3 до 6 г в сутки), с аскорбиновой

кислотой (0,1 на 1,0 железа) через 30-40 мин после еды.Для лучшего

всасывания железа одновременно дается разведенная соляная кислота по

10-15 капель на 1/2 стакана воды; гемостимулин по 0,5-1,0 3-4 раза в

сутки, запивая разведенной соляной кислотой; ежедневные в/м введения

100 мкг витамина В12.

 При выраженной гипохромной анемии лечение стационарное.

 Для лечения гиперхромной анемии (пернициозной) применяются

витамин В12 по 200 мкг в/м ежедневно или через день в течении 2-3

недель; фолиевая кислота по 0,02-0,03 г / раза в сутки; препараты

железа.

 При гипопластической и гемолитической анемии беременных

рекомендуется прерывание беременности.

 б) Конкретный план ведения данной беременной.

 1. По поводу варикозного расширения вен нижних конечностей:

ограничение во времени ходьбы и стояния на ногах, ношение эластических

бинтов и чулок, при плоскостопии - ношение супинаторов, легкий массаж,

возвышенное положение ног при лежании.

 2. По поводу водянки: ограничение жидкости и солей -

гипохлоридная диета (3-5 г соли в сутки), количество жидкости

ограничить до 600-700 мл в сутки. Рекомендуется пища, содержащая много

витаминов, полноценные белки(творог, кефир, отварное мясо, рыба),

углеводы (300-500 г в сутки); употребление жиров ограничить до 50 г в

сутки.

 3.По поводу гипохромной анемии беременных:

 Таблетки "гемостимулин" - для стимуляции кроветвороения

 Rp. Tab. "Haemostimulinum" N 50

 D.S. По 1 таб 3 раза в день во время еды,

 запивать раствором хлористоводородной

 кислоты (10-15 кап на 1/2 стакана воды).

 Таблетки "Феррокаль"

 Rp. Tab."Ferrocalum" obductae N 40

 D.S. По 1 таб 3 раза в день,принимать

 не разжевывая.

 в) Прогноз предстоящих родов.

 Степень риска осложнений в родах:

 - анемия - 2 балла

 - водянка - 2 балла

 - первая беременность - 1 балл

 - варикозное расширение вен - 1 балл

 Итого: 6 баллов.

 Роды вести через естественные родовые пути. Возможные осложнения

- острая гипоксия плода, кровотечение, слабость родовой деятельности.

С целью профилактики кровотечения в предродовой в/в ввести:

 Rp. Sol. Glucosae 40% - 20 ml

 D.t.d. N 6 in amp

 S. Для внутривенных вливаний. Вводить медленно.

 #

 Rp. Sol. Calcii chloridi 10%-10ml

 D.t.d. N 6 in amp

 S. По 10 мл в/в

 #

 Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

 D.t.d. N 6 in amp

 S. По 1 мл в/в

 Для стимулирования родовой деятельности, при гипотоническом

маточном кровотечении внутривенное введение 1 мл синтетического

окситоцина, разведенного в 500 мл 5% раствора глюкозы, вливают

капельно, начиная с 5-8 кап/мин, затем их количество постепенно

увеличивают до установления энергичной родовой деятельности.

 VII. ОПИСАНИЕ И АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ.

 Течение родов:

 1. Период раскрытия. Схватки начались 9/ХП-96 г. в 23 час.00 мин.

10/ХП в 00час.05 мин слабые схватки через 25-30 мин по 10-15 сек.,

шейка матки сглажена, края ригидные, раскрытие-3 см, головка предлежит

ко входу в малый таз. В 4 час 40 мин начали подтекать светлые

околоплодные воды, родовой деятельности нет, матка возбудима, головка

плода прилежит ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании:

шейка матки сглажена, края маточного зева стали более растяжимыми,

открытие-4 см, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в

малый таз, стреловидный шов в малом косом размере. Мыс не достигается.

Подтекают околоплодные воды, светлые, в незначительном количестве. С 5

час 30 мин схватки через 7-8 мин по 20-25 сек. Головка плода прижата

ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 140

уд/мин. Продолжают подтекать светлые околоплодные воды. В 8час 00 мин

динамики родовой деятельности нет. В 10 час 00 мин ситуация та же. При

влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края растяжимые,

раскрытие зева матки - 6-7 см, головка плода прижата ко входу в малый

таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок у лона,

мыс не достигается. Выделяются светлые околоплодные воды. С целью

усиления родовых сил начато в/в капельное введение 5 ЕД окситоцина в

400 мл 0,9% раствора хлорида натрия. В мышцу введено: раствор глюкозы

40%-20,0 и кокарбоксилаза-100,0. В 12.00 усиление родовой

деятельности, схватки через 4-5 мин по 30 сек. Головка плода прижата

ко входу в малый таз, сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 130

уд/мин. Продолжается в/в ведение окситоцина. В/м введено 5,0 спазгана.

 2. Период изгнания:

 В 14.00 начались потуги, повторяются через 3-4 мин по 40-45 сек,

головка плода на тазовом дне, сердцебиение приглушено, ритмичное, 110

уд/мин. Женщина из предродовой переведена в родовой зал, продолжается

введение окситоцина - 20 кап/мин.

 14.45 - головка плода врезывается, сердцебиение приглушено,

ритмичное, 110 уд/мин. Потуги через 3-4 мин по 40-45 сек.

 В 14 час 30 мин родилась живая доношенная девочка, родилась в

головном предлежании, 2 позиции, переднем виде, массой 3 кг 500 г,

длиной 53 см, родовая опухоль расположена на малом родничке. При

рождении у ребенка 3-х кратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи.

Оценка по шкале Апгар сразу при рождении: 4 балла, через 5 мин - 7

баллов.

 3. Послеродовый период:

 Через 5 мин самостоятельно отделилась и родилась плацента, дольки

целые, оболочки все.

 Кровопотеря в родах - 300 мл

 Продолжительность родов:

 период раскрытия - 15 час

 период изгнания - 30 мин

 послеродовый период - 5 мин

 Данные осмотра родовых путей:

 Родовые пути осмотрены в зеркалах, обнаружен разрыв шейки матки I

степени, наложено 2 кутгутовых шва, произведена обработка йодом.

 Течение раннего послеродового периода:

 состояние удовлетворительное, t=36,7, ps=68 уд/мин, АД=120/80 мм

рт ст, жалоб нет. Матка в тонусе, выделение кровянистые умеренные.

 Состояние новорожденного в первые 2 часа после рождения:

 ребенок передан врачу-неонатологу сразу после рождения.

 VIII. ДНЕВНИК.

 10.12.96 г. в 15.00 t=36,8, ps=68 уд/мин, АД=120/80 мм рт

ст.Состояние родильницы удовлетворительное, жалоб нет. Матка плотная,

кровянистые выделения умеренные. В 16.30 переведена в послеродовое

отделение. Молочные железы увеличены, мягкие, безболезненные, соски

без трещин. Назначение: стол N 15, туалет наружных половых органов,

анализ крови.

 11.12.96 г. t=36,7, ps=68 уд/мин, АД=120/80 мм рт ст. Состояние

удовлетворительное, жалоб нет, отеков нет, мочеиспускание свободное,

безболезненное. Сон не нарушен. Молочные железы мягкие, увеличены,

соски без трещин. Назначение: стол N 15, анализ мочи.

 13.12.96 г. t=36,7, ps=72 уд/мин, АД=120/80 мм рт ст. Жалоб нет.

Состояние удовлетворительное, физиологические отправления в норме. Сон

не нарушен. Молочные железы увеличенные, мягкие, соски без трещин.

Назначение: стол N 15.

 IX. ЭПИКРИЗ.

 , 21 год, поступила 9.12.96 г. в 23.40 в

физиологическое отделение 1 родильного дома по поводу начала родовой

деятельности. На основании данных наружного акушерского исследования

(в дне матки располагается тазовый конец, спинка обращена к правой

стороне матки, ее передней стенке, головка предлежит ко входу в малый

таз); при аускультации сердечные тоны плода выслушиваются ниже пупка

справа; на основании данных УЗИ; на основании появления пастозности, а

затем отеков на нижних конечностях (с 22 недели) и патологической

прибавки веса (с 23 недели); а также на основании данных общего

анализа крови (23.10.96 г. - Hb-108 г/л) и появление в первые месяцы

беременности парестезий и болей в ногах поставлен следующий

клинический диагноз:

 Беременность, 39-40 недель, положение плода продольное,

предлежание головное, вторая позиция, передний вид. Гестоз II половины

беременности - водянка беременных на фоне анемии I степени тяжести.

Варикозное расширение вен нижних конечностей.

 С 20.08.96 г. по 9.12.96 г. проведено лечение: по поводу

варикозного расширения вен - ограничение времени ходьбы и стояния; по

поводу водянки - гипохлоридная диета; по поводу анемии

(железодефицитной) - гемостимулин и феррокаль. Результаты лечение

удовлетворительные. Роды вели через естественные родовые пути, для

профилактики кровотечения внутривенно ввели растворы глюкозы, кальция

хлорида и аскорбиновой кислоты, для стимулирования родовой

деятельности внутривенно капельно вводили окситоцин. Осложнение в

родах - разрыв шейки матки I степени, наложено 2 кетгутовых шва.

 Прогноз для жизни и здоровья благоприятный

 Х. ЛИТЕРАТУРА.

 1) В.И. Бодяжина "Акушенство", М,Медицина, 1986 г.

 2) М.Д. Машковский "Лекарственные средства",М,Медицина, 1989 г.

 3) Справочник врача женской консультации под редакцией

Герасимовича, Минск, 1988 г.

 4) Шехтман, "Экстрагенитальная патология и беременность".