



**III ВНУТРИВУЗОВСКАЯ
ОЛИМПИАДА ПО
АКУШЕРСТВУ И
ГИНЕКОЛОГИИ,
КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ**

-
- Беременная А., 30 лет. Беременность третья. Последняя менструация – с 3.04.17 г. по 7.04.17г. По данным УЗИ от 15.05.2017г. Беременность 7 недель.
 - Наследственность не отягощена.
 - Менархе в 12 лет, цикл регулярный, по 4 дня через 28 дней.
 - I Беременность (2007 г.) – мед. аборт на малом сроке, по желанию.
 - II Беременность (2009 г.) – срочные роды, без осложнений.
 - III Беременность (2017 г.) – настоящая.
 - На диспансерном наблюдении в женской консультации по беременности состоит с 6 недель, посещала регулярно.
-
- 

-
- 20.11.2017 г. обратилась в приемный покой родильного дома с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, тошноту, однократную рвоту, отеки на нижних конечностях примерно в течение месяца.
 - Осложнения, связанные с настоящей беременностью: на сроке 12 недель стационарное лечение по поводу угрозы прерывания беременности. С 30 недель отеки нижних конечностей, эпизоды повышения АД до 140/90 мм. рт. ст., принимает допегит 250 мг по 1 таблетке 1 раз в день.
-
- 

Объективное исследование:

- При поступлении: состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные. Выраженные отёки на стопах и голенях, брюшной стенке. Пульс 106 ударов в минуту, ритмичный. АД 160/90 мм. рт. ст., 160/100 мм. рт. ст.
 - Сердечные тоны ясные, ритмичные, 106 ударов в минуту. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной и правой подреберной областях. Нижний край печени на 3 см. ниже края реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.
-



Акушерский статус:

- Живот увеличен за счёт беременной матки. Матка в нормотонусе, безболезненная. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту.



P.V.:

- Влагалище рожавшей. Шейка матки отклонена кзади от проводной оси, сохранена. Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется предлежащая часть – головка над I тазовой плоскостью. Мыс не достижим. Таз ёмкий.

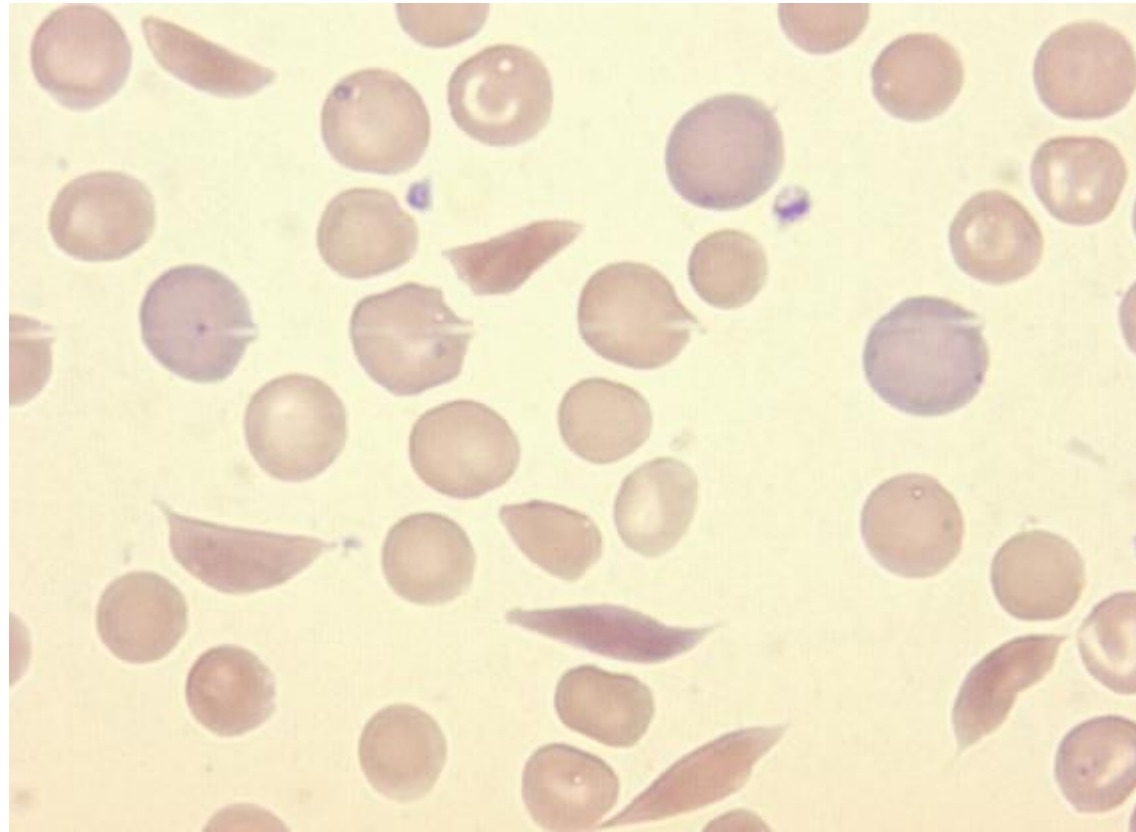


Общий анализ крови от 20.11.2017 г.

Показатель	Результат
Лейкоциты	$11,5 \times 10^9/\text{л.}$
Эритроциты	$3,3 \times 10^{12}/\text{л.}$
Гемоглобин	88 г/л.
Гематокрит	25 %
Тромбоциты	$80 \times 10^9/\text{л.}$
СОЭ	30 мм/ч.



Мазок крови от 20.11.2017 г.



ШИЗОЦИТЫ



Общий анализ мочи от 20.11.2017 г.

Показатель	Результат
Белок	2 г/л
Сахар	отрицательно
Лейкоциты	5-6 в п/зр.
Эритроциты	3-5 в п/зр
Свободный гемоглобин в моче	+



Биохимический анализ крови от 20.11.2017 г.

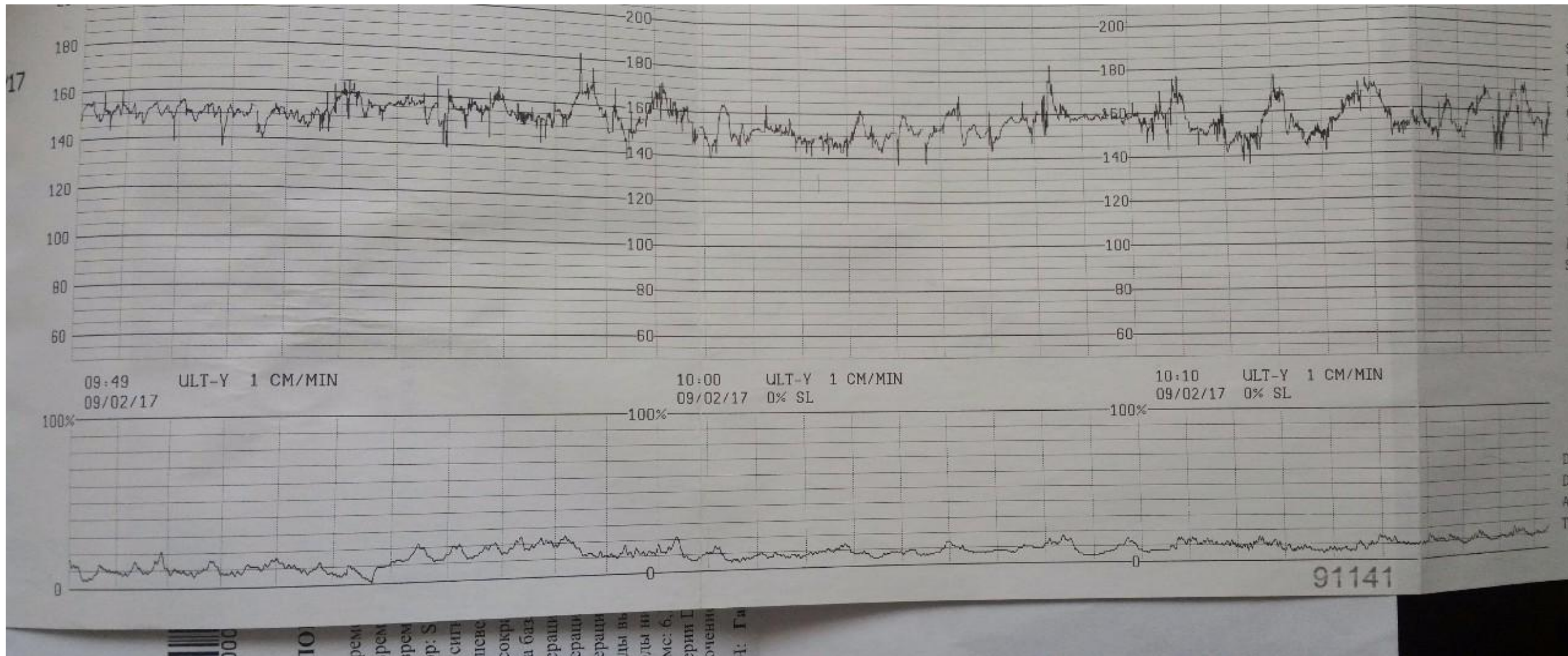
Показатель	Результат
Глюкоза	4,6 ммоль/л
Белок общий	56 г/л
Билирубин общий	170 мкмоль/л
Прямой билирубин	94 мкмоль/л
Креатинин	78 мкмоль/л
Мочевина	6,0 ммоль/л
АлАТ	104 ЕД/л
АсАТ	86 ЕД/л
ЛДГ	750 ЕД/л

Коагулограмма от 20.11.2017 г.

Показатель	Результат
Фибриноген	2,58 г/л
АЧТВ	32 сек.



КТГ



-
- 1. Сформулируйте клинический диагноз.
 - 2. Обоснование клинического диагноза.
 - 3. Проведите дифференциальный диагноз.
 - 4. Возможные осложнения при данном состоянии.
 - 5. Тактика при сложившейся ситуации.
 - 6. Составьте план дальнейшей терапии.
-

