**Паспортные данные**

Ф.И.О.

Возраст: 21 год

Профессия:

Место работы и должность

Домашний адрес:

Дата и время госпитализации:

Семейное положение: замужем

Справка о муже:

 Ф.И.О.

 Профессия:

 Место работы:

Кем направлена:

**Жалобы**

На момент курации жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота, а также в поясничной области в течение дня 3.12.2008, обильные выделения.

**Течение беременности**

Встала на учет в женскую консультацию в сроке беременности 9-10 недель. Посещала женскую консультацию. Посещала женскую консультацию регулярно, всего количество посещений 8 раз в течение беременности.

В период наблюдения проводилось:

Группа крови 0 (I) , Rh-, кровь на RW − отр., на ВИЧ − антитела не обнаружены, на маркеры вирусов гепатита В и С − антитела не обнаружены.

Общий анализ крови:

Эритроциты 3,9\* 1012 /л, Нв − 120 г/л, ЦП − 0,95, лейкоциты −4,2\* 109/л. Лейкоцитарная формула: эозинофилы − 1%, нейтрофилы: ПЯ −5%, СЯ − 69%, лимфоциты − 20%, моноциты − 6%, СОЭ 12 мм/час.

Коагулограмма:

Фибриноген 5,3 г/л, протромбиновый индекс 105%, время рекальцификации – 96 сек.

Общий анализ мочи :

Цвет соломенно-желтый, прозрачность полн., плотность 1015 г/л, реакция - слабокислая, белок не обнаружен., Микроскопия осадка: эритроциты 1−2 в п/зр, лейкоциты 1−2 в п/зр., эпител.− един..

Инструментальные методы исследования: УЗИ - обследование 4 раза, кардиотокография – 2 раза, доплерометрия – 1 раз.

Течение беременности: протекала без осложнений до 20 недели, когда наблюдалась угроза прерывания беременности, была доставлена в стационар, обследована, проведены мероприятия по пролонгированию родов.

В течении беременности прибавила в весе на 18 кг. (до беременности вес 56 кг, в конце беременности вес – 74 кг).

Проводились беседы о ведении родов, предродовой деятельности, ведении родов, методах обезболивания, подготовке груди к лактации, методах контрацепции и личной гигиене в послеродовом периоде, уходу за ребенком и кормлению. Также была прочитана соответствующая литература.

Срок беременности:

По первому дню последней менструации – 30.11.2008 – 7.12.2008 г.

По данным первого осмотра в женской консультации – 7.12.2008 г.

По данным УЗИ – диагностики – 2.12.2008 г.

**Анамнез жизни**

Родилась в городе \*\*\*\*\*\* в семье рабочего. В семье ребенок первый, имеет младшую сестру. В детстве росла и развивалась соответственно возрастной группе. В детстве перенесла ветрянку, простудные заболевания. Посещала детский сад, школу. Окончила 11 классов. Поступила в Луганский государственный аграрный университет на заочное отделение в 2004 году по специальности инженер-технолог пищевой промышленности. Работает \*\*\*\* по специальности мастер кондитерских изделий с 2006 года.

Туберкулез, онкологические, венерические заболевания, гепатит В и СПИД отрицает. Операций, травм, переливаний крови не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Семейный анамнез не отягощен.

Муж – здоров, профессия следователь.

Материально-бытовые условия хорошие. Имеют дом со всеми удобствами.

**Менструальная функция:** начало в 13 лет, установление цикла произошло к 15 годам. Длительность 5 дней, с периодичностью через 28 дней, характер умеренный, чаще безболезненные. После начала половой жизни изменений не отмечает. Дата последней менструации 23.02.2008 г.

**Половая функция:** начала половую жизнь в возрасте 16 лет, замужем 1 год, брак первый.

**Репродуктивная функция:** беременность первая.

**Секреторная функция:** выделения умеренные.

**Объективное обследование**

**Общий осмотр**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Ответная реакция адекватная. Осанка прямая. Выражение лица спокойное. Глаза, нос, уши без изменений. Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Рост 170 см, вес 74 кг.

**Поверхность кожи.** Цвет бледно-розовый. Без высыпаний. На передней брюшной стенке имеются продольные растяжки. Эластичность кожи нормальная, влажность умеренная. Ногти овальной формы без изменений. Оволосенение по женскому типу, умеренное.

**Подкожная жировая клетчатка.** Подкожно-жировой пласт развит умеренно, равномерно. Подкожные вены малозаметны. Жировых опухолей и образований при осмотре не выявлено. При пальпации кожа и подкожно-жировая клетчатка безболезненны.

**Молочные железы.** Увеличены, ореолы сосков пигментированы, соски развиты хорошо, симметричны,

**Лимфатические узлы.** При пальпации лимфатических узлов пальпируются подчелюстные узлы: одиночный, безболезненный 0,5-0,7см, с кожей и окружающим тканями не спаян. Остальные группы периферических узлов не увеличены.

**Костно-мышечная система.** Мускулатура развита умеренно. Тонус нормальный. Сила мышц умеренная. При пальпации безболезненные, кроме мышц голени. Уплотнений в мышцах при пальпации не обнаружено. Соотношение костей скелета пропорциональное. Деформации костей отсутствуют. При пальпации безболезненны.

Суставы правильной формы, не деформированы. При пальпации безболезненны, кожные покровы в области суставов бледно-розовые, умеренно влажные. Движения в полном объеме.

**Система дыхания**

Носовое дыхание не затруднено. Форма грудной клетки нормостеническая, без деформаций, симметричная. Ширина межреберных промежутков нормальное, направление ребер обычное. Лопатки прилежат к грудной клетке, расположены симметрично. Тип дыхания грудной. ЧДД=18 в мин. Ритм правильный, дыхание не глубокое. В покое одышки нет.

При пальпации грудная клетка безболезненна. Умеренно резистентная. Голосовое дрожание проводиться равномерно.

Границы топографической перкуссии соответствуют норме. Перкуторно выслушивается ясный легочной звук.

При аускультации. Дыхание везикулярное. Дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония без изменений.

**Сердечно-сосудистая система.**

При осмотре область сердца без изменений, видимая пульсация, набухание шейных вен, вен живота отсутствует. Артериальный пульс 76 в мин. Ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. АД на момент осмотра 120 и 80 мм. рт. ст.

Границы сердца соответствует норме. При аускультации: тоны сердца ритмичные, ритм правильный. Шумов нет.

**Система органов пищеварения**

Запаха изо рта нет. Слизистая оболочка губ, щек, десен, твердого и мягкого неба розового цвета, влажная. Язык обычного размера, розового цвета, слегка влажный. Живот овальной формы за счет увеличения матки, симметричный, не участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики и расширения вен передней стенки живота нет.

При поверхностной пальпации живот безболезненный.

Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

**Система мочеотделения**

Поясничная область без изменений, при постукивании безболезненна.

Мочеиспускание частое, безболезненное, цвет соломенно-желтый, количество 100-200 мл.

**Эндокринная система**

При пальпации щитовидная железа мягкая, безболезненная. Глазные щели обычной формы. Больная пропорционального телосложения. Вторичные половые признаки хорошо выражены.

**Нервная система**

Сознание сохранено, речь ясная. Память хорошая. Настроение ровное. Зрачки диаметром 3 мм с обеих сторон. Прямая и содружественная реакции на свет выражены, симметричны. Парезов и параличей нет.

**Акушерское исследование**

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, симметричный, контуры матки четкие, белая линия живота пигментирована, пупок выпуклый. При пальпации мягкий безболезненный, окружность живота 97 см, высота дна матки 35 см. Матка в тонусе. Расхождения прямых мышц живота нет. Положение плода продольное, плод находится в первой позиции, в переднем виде. Предлежащая часть – головка плода, предлежание затылочное. Головка плода прижата к плоскости входа в малый таз.

 Размеры таза:

 Distantia spinarum - 26 см Conjugata vera - 10 см

 Distantia cristarum - 28 см Индекс Соловьева - 14,5 см

 Distantia trochanterica - 30 см

 Conjugata externa - 19 см

 Conjugata diagonalis - 12 см

**Пальпация: определение положения плода приемами Леопольда**.

I прием Леопольда – определение высоты стояния дна матки – 35 см.

II прием Леопольда – определение соотношения продольной оси плода к продольной оси матки: положение плода продольное.

III прием Леопольда – определение предлежащей части и расположения спинки плода к левому или правому ребру матки: предлежит головка, позиция I, передний вид.

IV прием Леопольда – определение положения головки плода по отношению к плоскости входа в малый таз: головка высоко над входом в малый таз.

Прием Генкель- Вастена – отрицательный.

В ходе пальпации болезненных ощущений не возникало.

**Аускультация**: сердцебиение плода выслушивается ниже пупка слева, сердечная деятельность плода ясная, ритмичная, ЧСС=143 в мин. Маточные шумы и шум пуповины не выслушиваются.

**Данные влагалищного исследования**:

Стенки влагалища гиперемированы. Шейка матки длиной 2 см, края умеренно податливые, наружный зев проходим для одного пальца, плодный пузырь целый, прилежащая часть головка, мыс достижим – 12 см.,

Клинический диагноз: Беременность 39-40 недель. Головное предлежание плода.

Наружные половые органы: оволосенение по женскому типу, вход во влагалище сомкнут, промежность невысокая, варикозного расширения вен промежности не обнаружено. Аномалий не выявлено. Влагалище первородящей, влажность умеренная. Крестцовая впадина и внутренняя поверхность лона свободная. Промонториум достигается прямым пальцем. Величина диагональной коньюгаты 12 см, истинной – 10,5 см. Шейка матки сформирована, укорочена до 2 см, раскрытие на 2-2,5 см, края умеренно податливые. Околоплодный пузырь целый. Околоплодные воды: маловодие, мутные с желто-зеленым оттенком.

Предлежащая часть – головка, стреловидный шов находиться в поперечном размере.

**Предварительный диагноз**

Доказательством беременности 39-40 недель служит: дата последней менструации 23.02.2008 г. Высота стояния дна матки 35 см, окружность живота - 97см.

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных можно поставить диагноз: первая беременность сроком 39-40 нед., предвестники родов.

**План дополнительного исследования**

1. Клинический анализ крови

2. Клинический анализ мочи

3. Коагулограмма

4. Кровь на RW

5. Исследование на группу крови и резус фактор

6. УЗИ – диагностика

7. КТГ

8. Бак. мазки из влагалища и уретры

**Результаты обследования**

**Данные лабораторных и дополнительных методов исследования**

1. Общий анализ крови

Гемоглобин – 118 г/л

Лейкоциты – 6,9 \* 109/л

 палочкоядерные – 5 %

сегментоядерные – 69%

эозинофилы – 1%

лимфоциты – 20%

моноциты – 5%

СОЭ 14 мм/ч

Эритроциты 3,98 \*1012/л

ЦП 0,93

2. Общий анализ мочи

Цвет – светло-желтый

Реакция – слабокислая

Удельный вес - 1015

Белок – отр.

Сахар – отр

Эритроциты – 2-3 в п/з

Лейкоциты – 1-3 в п/з

Эпителий – един.

3. Коагулограмма

Фибиноген – 1,7 – 3,7 г/л

Гепариновое время - 20 с.

Протромбин 105 %

Время рекальцификации – 96 с

4. Кровь на RW

Заключние: отр.

5. Исследование на группу крови и резус фактор

Группа крови 0 (I) по двум сериям стандартных сывороток, Rh – отрицательный.

6. УЗИ – диагностика

Заключение: ЗВУРП I степени, маловодие, биопрофиль плода 7-8 б., III степень зрелости легких, масса плода 3200 г., ДМ в пределах нормы.

7. КТГ

Антенатальная оценка плода 8 б.

8. Бак. мазки из влагалища и уретры

 Шейка матки Уретра

Лейкоциты 6-9 в п/з 8-10 в п/з

Эпителий ед. 3-5 в п/з

Слизь Умеренно

Микрофлора м. палочки, кокки

**План ведения родов**

С началом регулярной родовой деятельности роды вести per vias naturalis.В родах активное ведение III периода с профилактикой кровотечения 10 Ед окситоцина в/м

**Роды и их течение**

9 декабря 2008 года в 6.00 отмечается беременная отмечает усиление и учащение схваток до 2-3 за 10 минут, продолжительностью 20-22 сек.,

в 10.00 отмечается преждевременное отхождение вод. Воды зеленого цвета с примесью мекония. Степень раскрытия шейки матки 5 см. При аускультации плода ЧСС- 140 уд. в мин., температура 36,6°. Женщина спокойна, применяет дыхательные упражнения. Головка плода над входом в малый таз. Мочеиспускание 2 раза.

Назначение NaCl 200 мл в/в кап

12.00 схватки 3-5 за 10 минут, продолжительностью 20-27 сек., при аускультации плода ЧСС 80 уд. в мин. Поставлен диагноз: дистресс плода. Принято решение провести оперативное родоразрешение путем Кесарева сечение в ургентном порядке.

**Планируемый ход операции:**

1. Эндотрахеальный наркоз
2. Поперечный надлобковый разрез по методу Пфанненштиля
3. Тупое расслаивание мышц передней брюшной стенки по ходу волокон
4. Отграничение операционного поля от кишок стерильными салфетками
5. Поперечное рассечение брюшины
6. Мобилизация мочевого пузыря.
7. Обнажение нижнего сегмента матки и его вскрытие остро на один сантиметр, дальнейшее тупое разведение пальцами до 11-12 см.
8. Рассечение плодного пузыря
9. Извлечение плода.

10)Ручное извлечение последа.

11)Зашивание разреза на матке.

12) Послойное зашивание брюшной стенки.

**Планируемые медикаментозные назначения:**

1. Общая анестезия I этап (до извлечения) – основной наркоз: ингаляция 70-80 об.% закиси азота, на фоне индукции: кетамин-100мг + тиопентал натрия-250мг-в/в.
2. Миоплегия: дитилин-200мг (Iэтап), 50мг (II этап)
3. ИВЛ. Контроль положения и фиксации интубационной трубки
4. Основные назначения после извлечения новорожденного:

окситоцин 10 Ед в 500 мл физ. раствора в/в кап по 50-60 кап. в мин.

цефтриаксон 1г в/в кап в 200 мл физ. раствора

метроджил 100 мл в/в кап

1. В раннем послеродовом (послеоперационном) периоде:
2. окситоцин 5ЕД-в/в в 500 мл физ. раствора, промедол 1%-4мл п/к, дроперидол 0,25%-2мл в/в медленно

**Протокол операции**

Операция*:* лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

Начало операции: 12 30

Извлечение плода: 12 38

Конец операции: 13 15

Продолжительность операции: 45 минуты.

Подготовка к операции. Кишечник очищен, моча выведена катетером – 100мл, светлая. Определение группы крови и резус фактора: группа крови 0 (I), Rh - (отрицательный).

*Наркоз*: эндотрахеальный.

*Ход операции:*

после подготовки рук хирурга мытье с мылом, обработка раствором стерилиума трижды и операционного поля (бетодином) поперечным послойным разрезом над лоном вскрыта брюшная полость. Подкожный жировой слой развит умеренно. Кровоточивость умеренная.

Брюшная полость изолирована от матки марлевыми салфетками. Пузырно-маточные складки отсепарированы. Мочевой пузырь тупым путем отодвинут книзу. В нижнем сегменте произведен разрез 2 см, затем края раны разведены в стороны (10 см по Дерфлеру). Вскрыт плодный пузырь, отошли воды в количестве 100 мл, светлые. Рукой хирурга захвачена головка, извлечен ребенок мужского пола, в 12 38

Рост 52 см, вес 3200г. Оценка по шкале Апгар после извлечения 7 баллов, через 5 минут после извлечения 8 баллов. Пуповина рассечена между двумя зажимами, ребенок передан акушерке. Роженице введен окситоцин 10 Ед в 500 мл физ. раствора в/в кап. и цефтриаксон 1 г. в/в кап. внутривенно. Послед отделен ручным способом. Матка плотная, кровотечения нет. Разрез на матке ушит однорядными непрерывными викриловыми швами. Перитонизация за счет пузырно-маточной складки непрерывным кетгутовым швом. Ревизия, туалет брюшной полости. При осмотре брюшной полости придатки без особенностей, кишечник без особенностей.

Послойно восстановлена передняя брюшная стенка. Непрерывный кетгутовый шов на брюшину. Непрерывный кетгутовый шов на мышцы. Непрерывный шелковый шов на апоневроз. внутрикожный шов на кожу. Асептическая наклейка.

Общая кровопотеря 400 мл.

Моча выведена катетером, чистая, 100 мл.

Гемодинамика стабильная, АД dex=Адsin=120/70 мм рт.ст, PS=86-90 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Описание последа. При осмотре долек и оболочек плаценты было установлено − оболочки все, светлые, полностью покрывают края плаценты. Плацента со всеми дольками, добавочных сосудов нет, кист нет; Материнская поверхность багровой окраски. Пуповина с центральным прикреплением, длиной 60 см. Размеры плаценты: 22,0\*24,0\*3,0 м. Вес 650 г.

*Оценка новорожденного по шкале Апгар:*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | ЧСС | дыхание | цвет кожи | тонус | рефлексы | сумма |
| На 1-ой минуте | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| На 5-ой минуте | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 8 |

*Первый туалет новорожденного.*

Новорожденному освобождают от слизи верхние дыхательные пути и обтирают его стерильной пеленкой.

1.Обработка пуповины:

Пуповину обработали стерильной салфеткой, наложили скобу Роговина. Ведение открытое.

2.Профилактика гонобленореи.

Профилактика гонобленореи проведена тетрациклиновой мазью под нижнее веко каждого глаза.

3.Антропометрия новорожденного.

Вес новорожденного − 3200 г, рост − 52 см.

Прямой размер головки − 12 см, окружность − 34 см. Поперечный размер плечиков − 12 см, окружность − 35 см. Окружность груди − 33 см.

**Заключительный диагноз**

Срочные I оперативные роды в сроке 39-40 нед. на фоне дистресс синдрома плода. Лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по Дерфлеру.

**Резюме родов**

Родильница \*\*\*\*\*, 21 лет, поступила в роддом № 2 для родоразрешения естественным путем с диагнозом: беременность 39-40 недель, затылочное предлежание, передний вид, I позиция. Осложненный

9.12.08 в 6ч 00 мин начало регулярных схваток

 12ч 00мин поставлен диагноз дистресс плода, принято решение об оперативном родоразрешении путем Кесарева сечения

 12ч 30мин взята на операцию: лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по Дерфлеру

 12 ч 38 мин, извлечен доношенный мальчик: вес- 3200г, рост- 52 см, с оценкой по шкале Апгар –7-8 баллов.

Ручное отделение последа. В ходе операции осложнений не наблюдалось. Длительность операции – 45 мин.

Кровопотеря в родах 400 мл.

9.12.08. в 15.00 родильница переведена в послеродовое отделение.

**Ранний послеродовый период**

9.12.2008 – 14.10**.**

Жалоб не предъявляет. Общее состояние соответсвует тяжести перенесенной операции. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. В легких дыхание везикулярное, ослабленное. Сердечная деятельность ритмичная. PS= 82 уд. в мин., АД 120/85 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации умеренно болезненный в области п/о раны. Повязка чистая. Матка плотная. Из половых путей умеренные геморрагические выделения. В 15.00 переводится в послеродовое отделение.

Назначения:

1. Почасовой контроль артериального давления, пульса, диуреза .

2. Измерение температуры тела 2 раза в день.

1. промедол 2% − 2 мл в/м, 3 раза в день
2. но-шпа 2 мл в/м 2 раза в день.
3. окситоцин 1 мл в/в 1 раз в день.
4. цефтриаксон 1 г

**Послеродовый период**

10.12.2008 (1-е сутки после операции) -- 9.00.

Предъявляет жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, ЧДД=18 в мин. Сердечная деятельность ритмичная, тоны сердца ясные, PS=80 уд. в мин, АД=120/75 мм рт.ст. Язык сухой. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Повязка незначительно пропитана геморрагическим отделяемым. Матка плотная, ВСД=16 см. Перистальтика вялая, газы не отходят. Мочеиспускание свободное, адекватное. Молочные железы плотные, болезненные при пальпации, выделяется молозиво. Выделения из половых путей скудные, геморрагического характера.

Температура тела 37оС.

Назначения:

1. режим постельный;
2. стол 0;
3. промедол 2% - 1 мл в/м 3 раза в день;
4. но-шпа 2 мл в/м 2 раза в день.
5. окситоцин 1 мл в/в 1 раз в день.

**Ранний период новонарожденности**

10.12.2008 (1-е сутки)-9.00.

Общее состояние новорожденной удовлетворительное. Ребенок активен, хорошо берет грудь. Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Патологической неврологической симптоматики не выявлено. Мышечный тонус нормальный. Масса тела 3150г.

Дыхание пуэрильное. Сердечная деятельность ритмичная, PS=140 уд. в мин. Температура 37 0С.

Живот мягкий. Культя пуповины не воспалена, не кровоточит.

Мочеиспускание свободное, до 7 раз в сутки. Стул в виде мекония.

Назначения: совместное пребывания матери и ребенка, обработка кожных складок 70 % спиртом и смазывание стерильным подсолнечным маслом, обмывание промежности теплой водой при каждом пеленании, пуповинный остаток с наложенной на него скобкой содержать открытым.

**Эпикриз**

\*\*\*\*\*\*\*, 21 лет, поступила в роддом № 2 3.12.2008, 9.00 с предварительным диагнозом: беременность 38-39 недель, затылочное предлежание, передний вид, I позиция, предвестники родов.

Было произведено полное клиническое обследование, в ходе которого были обнаружены: по данным УЗИ - ЗВУРП I степени, маловодие, биопрофиль плода 7-8 б., III степень зрелости легких, масса плода 3200 г. В первом периоде родов было диагностировано снижение ЧСС плода до 80 уд в мин, поставлен диагноз дистресс плода, принято решение об оперативном родоразрешении в ургентном порядке путем Кесарева сечения. 9.11.2003, 12.30 – операция: лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по Дерфлеру .В 12.38 извлечен живой доношенный ребенок мужского пола, рост 52 см, вес 3200г. Оценка по шкале Апгар после извлечения 7 баллов, через 5 минут после извлечения 8 баллов. Операционных осложнений не наблюдалось. Объем кровопотери составил 400мл. Длительность операции 45 мин. Послеоперационный период без особенностей. Заключительный диагноз: Срочные I оперативные роды на фоне дистресс синдрома плода. Лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по Дерфлеру.

Новорожденный активный, грудь берет хорошо. На 2-е сутки – физиологическое падение массы тела до 3150г.

**Рекомендации для женщины** .

1. диспансерное наблюдение у гинеколога по месту жительства;
2. строгое соблюдение правил личной гигиены (уход за полостью рта, мытье рук, частая смена белья);
3. молочные железы рекомендовано обмывать теплой водой с мылом утром и вечером, после кормления, для предупреждения чрезмерного нагрубания – носить бюстгалтер;
4. прием высококалорийной, богатой витаминами и микроэлементами легкоусвояемой пищи;
5. прием поливитаминов;
6. барьерная контрацепция в течении 6 месяцев;
7. режим труда и отдыха.

**Рекомендации по уходу за новорожденным:**

1. обработка кожных складок 70 % спиртом и смазываение стерильным растительным маслом:
2. обмывание промежности теплой водой при каждом пеленании:

 3) Кормление по требованию

Выписана 19.12.2008, с декретным отпуском в 56 дней.

**Литература**

* 1. Акушерство: учебник для врачей - интернов/ В.С. Артамонов, - Х.: Основа, 2000.-608 с.
	2. Методические указания по написанию истории болезни, Луганск, 2005 г. Симрок В.В.
	3. Степанковская Г.К. Акушерство.- К., Здоровье, 2000.- 744с.