Паспортна частина.

Прізвище

Ім’я: Яна

По-батькові: Володимірівна.

Рік народження: 1985р. (22 роки).

Місце роботи: домохозяйка.

Домашня адреса:

Дата поступлення: 18.01.2008.

Діагноз при поступленні: Вагітність 36 тижнів, дістрес плода, загроза передчасних пологів.

Кінцевий діагноз: Вагітність 36 тижнів, дістрес плода, загроза передчасних пологів.

**Скарги при поступленні**.

Біль в животі.

**Спеціальний анамнез.**

Менструації почалися з 16 років. Тривалість - 5 діб, через 28 діб, болючі. Кількість втраченої крові помірна. Статеве життя почала з 18 років. Характер менструації після початку статевого життя не змінився. Остання менструація 24.05.07. Перше шевеління плода вагітна відчула 7.10.07.

Предполагаємий строк пологів:

1. По останній менструації 1.03.08. (24.05.07. - 3 міс. + 7 діб)
2. По ДДО - 22.02.08.

Перебіг теперешньої вагітності. Вперший і другий період без особливостей: нудоти, блювоти, головних болей, набряків, порушень зору, підвищення артеріального тиску не відмічалось. Жіночу консультацію відвідувала кожного місяця, починаючи з 3.08.08. Ренгенологічні дослідження родичів проводились.

Психопрофілактика жінок перед пологами.

Мета - зменшення болю шляхом впливу на ЦНС.

Заняття 1.

Вагітній подають короткі відомості про анатомічну будову жіночих статевих органів, про зміни, що відбуваються в її організмі, в зв’язку з вагітністю.

Жінок ознайомлюють з особливостями першого періоду родів, дають поняття про перейми, їх тривалість і регулярність. Підкресляять фізіологічний характер змін, що відбуваються і пов’язані з розкриттям шийки матки. Звертають увагу, що роди відбуваються при певній затраті фізичних сил. Тому важливо, щоб жінка під час пологів зберігла сили до вирішального моменту родового акту - згнання плода.

Заняття 2.

Розповідають про те, як повинна поводитись жінка при появі перейм і протягом усього першого періоду пологів. Навчають вагітних жінок спеціальним фізичним прийомам, які сприяють правильному перебігові пологів і зниженню больових відчуттів.

- лежати спокійно

- під час перейм глибоко і ритмічно дихати

- поєднувати вдих і видих з легким поглажуванням нижньої половини живота кінцями пальців обох рук, яке роблять від середньої лінії живота над лобком назовні й вгору

- поглажувати шкіру в крижово-поперековій ділянці в поєднанні з правильним диханням

- притискувати шкіру до внутрішньої поверхні гребінця клубової кістки біля обох передньоверхніх остей і біля зовнішніх кутів попереково - крижового ромбу.

- лічити перейми

- в паузі між переймами відпочивати і по можливості дрімати

Заняття 3.

Вагітних ознайомлюють з перебігом родів у II й III періодах та характером відчуттів роділлі. Навчають правильно дихати і розслаблювати всі м’язи для зменшення сили потуг у момент виведнення голівки. Ознайомлюють з перебігом послідового періоду, тривалістю і характером перейм в цей період.

Заняття 4.

Коротко повторюють усе пройдене на попередніх заняттях, перевіряють, як жінки засвоїли зазначені вище прийоми. Вагітну ознайомлюють з порядком та обстановкою в родильному будинку, розповідають про обов’язкові і можливі маніпуляції під час родів.

Загальний анамнез.

Народилася доношеною. Росла і розвивалась в задовільних матеріально- побутових умовах. В фізичному і розумовому розвитку від ровесників не відставала, в школі навчалася добре. Трудову діяльність почала з 18 років, після закінчення школи. В дитинстві хворіла ГРВЗ. Туберкульоз і венеричні захворювання заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Заперечує наявність шкідливих звичок.

Об’єктивне дослідження.

Загальний стан хворої задовільний. Ріст-160 см. Вага-75 кг. T-36.70С. Конституціальний тип нормостенічний. Помірного харчування. Скелет в нормі, признаків патологічних змін нема. Стан зубів добрий. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Периферійні лімфатичні вузли і щитовидна залоза не пальпуються.

Серцево-судинна система:

пульс 80 уд./хв., ритмічний, задовільних властивостей. АД-прав.110/70 мм рт.ст., лів.115/70 мм рт. ст. Границі серця в межах вікової норми. При аускультації серця тони серця ритмічні, чисті. Додаткові тони і шуми не вислуховуються.

Органи дихання:

Грудна клітина правильної форми, рівномірно приймає участь в акті дихання. ЧД-18 за хв. Границі легень в межах норми. При перкусії над легенями ясний легеневий звук. При аускультації - везикулярне дихання.

Система органів травлення:

Язик вологий, чистий, рожевого кольору. Живіт правильної форми. Глибокої методичної пальпації не проводилося із-за збільшення матки. Жовчний міхур, підшлункова залоза, селезінка пальпаторно не визначаються. Печінка пальпується по краю реберної дуги.

Сечовидільна система:

Симптом Пастернацького відємний з обох сторін. Вільне сечовипускання.

Дані додаткових методів обстеження.

Загальний аналіз крові(3.02.08):

ерітроцити 3,98\*1012 Т/л

hb 118 г/л

к.п. 0,96

лейкоцити 6,9\*109 г/л

нейтрофіли

юні

палочкоядерні 3

сегментоядерні 61

лімфоцити 31

моноцити 5

ШОЕ 16 мм/год.

Група крові(18.01.08.) -АВ(IV), Rh +

Аналіз крові на цукор(3.02.08)

цукор крові - 5,5 ммоль/л

Коагулограма(18.01.08.):

протромбіновий індекс 95,5

протромбіновий час 90

фібриноген 4,22г/л

Піхвова секреція(18.01.08):

реакція - слабкокисла

збудників токсоплазмоза, гонореї, тріхомоніаза нема

мікроскопія: лейкоцити - 2-4 в п/з

флора змішана

епітелій -

Загальний аналіз сечі(5.02.08.):

колір св.жовтий

прозорість слабо помутн.

питома вага 1010

реакція слабокисла

білок

цукор

ацетон

жовчні пігменти

епітелій \_\_

лейкоцити 4-5 в п/з

циліндри

солі

Кал на я/г(21.01.08.):

я/г не знайдено.

RW (21.01.08.):

негативна.

Спеціальне акушерське дослідження.

А) Живіт овальної форми, окружність 112 см, випуклий, середньої величини, пупок злегка вип’ячен. Брюшний прес розвинутий добре. Молочні залози округлої форми. Соски не витягнуті, без тріщин, м’які, правильної конфігурації, навколо соскові кружкі не пігментовані. Ромб Міхаеліса прод.-11см, попер. – 10,5 см.

Б) Розміри тазу:

ds. spinarum - 25 см

ds. cristarum - 29 см

ds. trochanterica - 33 см

conj. externa - 23,5 см

conj. diagonalis - 14 см

conj. verae - 12 см

Висота стояння дна матки - 38 см

В) Пальпація - для опреділення позиції, положення , вида, передлежання плода, висоти стояння дна матки.

Використовуємо прийоми зовнішнього акушерського дослідження по Леопольду:

Перший прийом - долоні обох рук розміщують на дні матки, пальці рук зближують; обережним натискуванням у низ визначають рівень стояння дна матки, за яким роблять висновок про строк вагітності. Визначають частину плода, розміщену в дні матки.

У куруємої роділлі висота стояння дна матки - 38 см, у дна матки визначається м’яка не дуже крупна частина плоду, скоріше всього сідниці.

Другий прийом - визначають спинку і дрібні частини плода; за положенням спинки роблять висновок про положення і вид. Обидві руки з дна матки переміщують донизу, до рівня пупка, і розміщують на бокових поверхнях матки. Пальпацію частин плода роблять поступово правою і лівою руками.

У куруємої роділлі спинка плоду визначається по лівій стороні матки - плід знаходиться в першій позиції, спинка звернена до передньої поверхні матки - передній вид.

Третій прийом - застосовується для визначення передлеглої частини плода. Права рука розтошована декілько вище лонної дуги, великий палець на одній стороні, а інші чотири на другій стороні нижнього сегменту матки.

У куруємої роділлі визначається голівка, яка плотно прилежить до входу в малий таз.

Четвертий прийом - опреділення ступеня вставлення голівки плода в малий таз або рівень стояння передлежачої частини. Долоні обох рук розміщуються на нижньому сегменті матки справа і зліва, кінці пальців доходять до симфізу. Обережно проникають вглиб внапрямі до порожнини тазу і кінцями пальців визначають передлеглу частину.

У куруємої роділлі голівка плода знаходиться у входа в малий таз великим сегментом.

Г) Аускультація

Серцебиття плода вислуховується зліва нижче пупка. Тони ясні, чисті, ритмічні - 138 уд./ хв. Шум пуповини і маткові шуми не вислуховуються. Вислуховується незначні рухи плода.

Д) Огляд зовнішних статевих органів:

При огляді зовнішних статевих органів патологічних змін не виявлено. Оволосіння на лобку по жіночому типу. Зовнішні статеві органи розвинуті нормально. Промежина без особливостей, легко розтягується. Колір слизової передвір’я піхви ціанотичен. Варікозного розширення вен, гнійників, широких кондилом, гемороїдальних вузлів не виявлено. Вхід у піхву вільний. Виявлено незначні прозорі слизові виділення. Огляд дзеркалами - слизова піхви рожево-червоного кольору, виражена складчатість, патологічних змін не спостерігається. Колір слизової шийки матки рожево-сірий.

Піхвове дослідження.

Проводиться при поступленні роділлі та після відходження навколоплідних вод.

Проводиться з метою визначення:

1. стану м’язів тазового дна;
2. стану піхви;
3. стану шийки матки;
4. наявності вмежах зіву ділянок плацентарної тканини, м’яких частин;
5. цілістності плідного міхура, його напруження під час перейм;
6. стану стінок тазу;
7. місця знаходження плаценти.

Дифференційний діагноз.

Вважаючи на те, що змінюється деяки загальні ознаки для вагітності та кісти яєчника необхідно віддиференцювати їх і виклячити:

загальними ознаками для кісти яєчника і вагітності є збільшення живота, болі внизу живота і в попереку, ціаноз зовнішних статевих органів. Відокремлюючими ознаками являється те, що при кісті розміри живота не відповідають строку вагітності, розвиток кісти тривалий. У куруємої збільшення живота відповідає строку вагітності. При кісті нема затримки менструацій, тоді як у куруємої остання менструація була 24.05.08. р. При кісті біль постійний, тоді як у куруємої біль носить непостійний характер. При вагітності характерно збільшення молочних залоз, пігментація навколососкових полів, середньої лінії живота. При кісті яєчника пальпаторно визначається м’яко-еластичне, рухоме, не зв’язане з маткою утворення з нерівною поверхнею. Матка не збільшена, не визначається частин плода. При огляді куруємої живіт правильної овальної форми, симетричний. Пальпаторно визначається продольне положення плода, передлежача частина, голівка.

При аускультації - вислуховується серцебиття плода, частота - 138 уд./ хв.

Таким чином у куруємої роділлі ми можемо виключити наявність кісти яєчника.

Акушерський діагноз.

Роділля першородячя, вагітність 39 тижнів, повздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Плід живий, нормальних розмірів. Серцебиття плода вислуховується зліва нижче пупка. Тони ясні, чисті, ритмічні - 138 уд./ хв. Вагітність одноплідна. Ексрагенітальних захворювань, що можуть призвести до ускладнення або порушення нормальної течії пологів - нема.

Прогноз родів: благоприємний.

Таким чином виключаючи диф. діагностикою захворювання, які мають загальні ознаки зі справжньою вагітністю, можна поставити кінцевий діагноз: Першородячя, вагітність 39 тижнів, повздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид, сінклитичне вставлення.

Клінічна течія родів.

I період (розкриття):

Регулярні перейми почалися 5 годин ранку 8.02.08. Спочатку вони були слабі, тривалістю 20 сек., виникали через 15 хв. Поступово вони стають більш тривалі, проміжки між ними зменшуються. Під час перейм в мускулатурі матки виникають слідуючи зміни:

1. cкорочення м’язевих волокон - контракція;
2. зміщення скорочуючихся м’язевих волокон - ретракція;
3. відтягнення кругової мускулатури матки - дистракція.

Усі ці процеси сприяють розтягненню нижнього сегменту матки, зглажуванню шийки і розкриттю зовнішнього зіву цервікального каналу. Розкриття шийки матки сприяє переміщенню навколоплідних вод під впливом скорочення м’язів дна і стінок матки. У куруємої роділлі зовнішній зів розкривається майже одночасно з розкриттям внутрішнього зіву і зглажуванням шийки матки. Розкриття зіву шийки матки на 10 см. Розрив плідного міхура виник при відкритті зіву шийки матки на 7 см. Навколоплідні води чисті, без домішків. Навколоплідні води відійшли 7 год. 50 хв.8.02.08.

При піхвовому дослідженні: піхва вільна, достатньо широко, стінки податливі, еластичні, декілько зглажені. Шийка матки зглажена, зів розкрит на 10 см, края зіву тонки, поддатливі. Плідний міхур відсутній. Передлежача частина - голівка - знаходиться в площині входу в малий таз. Сагітальний шов в правому косому розмірі. Мале тім’ячко знаходиться зліва спереду, декілька нижче великого.

II період (вигнання):

Активні потуги почалися 5.05.97. в 8 годин ранку. В 8 год. 40 хв. голівка знаходилась в площині вузької частини тазу. В 9 год. на висоті однієї з перейм роділля народила живий плід, хлопчика, доношеного, без асфіксії. Вага - 3600 г , ріст - 55 см, оцінка по шкалі Апгар на першій хв.- 8 , на другій - 9.

III період (послідовий):

Почався в 9 год. ранку 8.02.08. Загальний стан роділлі задовільний. Пульс - 78 уд./хв. АТ- 110/70 мм тр. ст. Плацента відшарувалась по центральному типу. При огляді плаценти і плідних оболонок дефектів не знайдено. Вага плаценти - 700 г. Роділля втратила біля 100 мл крові. При огляді родових шляхів розривів м’яких тканин не виявлено.

Біомеханізм пологів.

При передньому виді потиличного передлежання.

I момент (flexio capitis):

На прикінці періоду розкриття шийки матки головка стоїть в площині входу в малий таз так, що сагітальний шов розташовується в поперечному розмірі. Внаслідок тиску матки і брюшного пресу тазовий кінець плода починає згинання голівки, підборіддя приближується до грудної клітини, мале тім’ячко розташоаується нижче великого і становиться провідною точкою. В результаті згинання голівка входе в малий таз малим косим розміром - 9,5 см.

II момент (rotacio capitis internnum):

Відбувається при переході із широкої в вузьку площину порожнини малого тазу. Потилиця і мале тім’ячко повертаються до переду. Сагітальний шов в прямому розмірі площини вихода малого тазу. Голівка підходить під лону дугу, утворяє точку фіксації - підпотиличну ямку.

III момент (extensor capitis):

Під дією м’язів матки і брюшного пресу плід зміщується донизу, а м’язи тазового дна оказують опір, в результаті чого голівка відклоняється кпереду і ділянкою підпотидичної ямки підходить під лону дугу, утворюється точка фіксації, навкруги якої голівка розгибається. Із статевої щілини поступово показуються: тім’яна ділянка, лоб, лице, підборіддя.

IV момент (rotacio trunci internnum, rotacio capitis externum):

Голівка після народження повертається до правого стегна матері. На дні тазу плечики встановлюються в прямому розмірі виходу. Оберт плечиків передається голівці. Переднє плечико вступає підлону дугу, утворюючи точку фіксації, в результаті чого народжується першим заднє плечико. Тривалість періоду вигнання у нашої роділлі годину.

**Ведення родів в період вигнання.**

Необхідно провести зовнішнє акушерське дослідження для уточнення шляху просунення передлежачої частини по родовим шляхам. Піхвове дослідження поточнює положення голівки:

1. голівка над входом в малий таз; при дослідженні голівка рухома.
2. голівка во вході в малий таз малим сегментом: при дослідженні голівка не рухома.
3. голівка в широкій частині порожнині малого тазу;
4. голівка в узкій частині порожнині малого тазу;
5. голівка на виході із тазу.

Загальний стан роділлі задовільний, сила перейм достатня, пульс - 78 уд./ хв. ритмічний, задовільного наповнення. АТ - 110/70 мм рт. ст. Нижній сегмент матки безболючий. Статеві губи і піхва не набрякові. Вислуховуєм серцебиття плода-138уд./ хв. Серцебиття плода вислуховується зліва нижче пупка. Тони ясні, чисті, ритмічні - 138 уд./ хв. Стерігаємо за станом зовнішних статевих органів. Як тільки прорізується і не повертається внутрь голівка після перейми приступаємо до акушерського пособія.

*Акушерське пособіє включає:*

1. Регулювання просування прорізуючийся голівки із родових шляхів. Три пальці правої руки розтошовуються на прорізуючийся голівці та при переймах затримують передчасне розгинання.
2. Виведення голівки із статевої щілини поза переймами. В паузах між переймами пальці лівої руки залишаються на голівці, а права усуває розтягнення тканин, роблючи так зване “запозичення тканин“. Для цього в паузах між потугами тканину клітора і малих соромітних губ спусакють з потилиці, яка народжується.
3. Зменшення напруження промежини. Кладемо праву руку долонною поверхнею так, щоб 4 пальці прилягали к лівій ділянці, відведений перший палець к ділянці правої частини вульварного кільця. Обережним натискуванням пальців на м’яки тканини, низводимо їх донизу, у напрямку до промежини. Цим ми зменшуємо напругу.
4. Регулявання перейм. Коли потилиця народиться і ділянка підпотиличної ямки впирається в нижній край симфізу, роділлі забороняється тужитись. Роділля дихає черех рот, ритмічне і глибоке дихання допомогає подолати потугу.
5. Звільнення плечового пояса і народження тулуба. Переднє плічіко, яке самостійне прорізалось, притискують до лобкової дуги і після цього обережно зводять промежину з заднього плічіка. Після народження плечового поясу обома руками обережно обхоплюють грудну клітку плода і спрямовують тулуб догори. При цьому нижня частина тулуба народжується без утруднень.

Після народженн дитини через 3 хв. проведена обробка і перев’язка пуповини. Для профілактики гонобленореї в кон’юктиву обох очей закапують 30 розчин альбуціду Na. Зважуємо і вимірюємо зріст новонародженного (l - 55 см.,m - 3600 г ). На ручку дитини вдягаємо браслет з фамілією матері, статтю дитини, рістом і вагою. Завертаємо новонародженного в стерильну пелюшку.

**III період родів - послідовий:**

Починається з народження дитини і закінчується народженням посліду.

Через 5 хв. після народження дитини плацента відшарувалась самостійно, по центральному типу. При огляді плаценти і плідних оболонок дефектів не знайдено.

**О**знаки відшарування посліду:

оз. Шредера 1 - після народження плода матка має округлу форму, дно знаходиться на рівні пупка. Після відшарування плаценти матка сплощується, стає більш вузькою, дно її підіймається вище пупка.

оз. Шредера 2 - поява вип’ячування над лобком.

оз. Альфельда - плацента, що відшарувалася опускається в нижній сегмент матки, і лігатура, яка накладена на пуповину у статевої щілини опускається на 10-12 см.

оз. Мікуліча - поклик до перейми внаслідок опускання плаценти в піхву.

оз. Клейна - після перейми виступивши відрізок пуповини не повертається в статеву щілину.

оз. Довженко - при видосі пуповина не втягується.

оз. Чукалова-Кюстнера- при надавляванні долонею над лобком - пуповина не втягується.

Якщо послід не відділяється, то використовують зовнішні прийоми виділення посліду.

1. сп. Абуладзе - випорожнюємо сечовий міхур, обома руками беремо черевну стінку в повздовжню складку і пропонуємо родилі потужитися. Відокремлений послід легко народжується.
2. сп. Гентера - випорожнюємо сечовий міхур, дно матки приводимо в серединне положення, кісті рук зжаті в кулак кладуть тильною поверхнею на дно матки і поступово надавлюють донизу і кнутрі. Роділля не повинна тужитися.
3. сп. Креде- Лазаревича - випорожнюємо сечовий міхур, дно матки приводимо в серединне положення. Дно матки обхоплюють правою рукою і видавлюють послід.

Резюме родів.

Тривалість першого періоду - 8 год.

Тривалість другого періоду - 55 хв.

Тривалість третього періоду - 20 хв.

Плід живий, чол. статі., доношений. Оцінка по шкалі Апгар на першій хв.- 8 , на другій - 9. Вага - 3200 г , ріст - 54 см. Проведена первинна обробка новонародженного. Плацента відшарувалась самостійно, по центральному типу. При огляді плаценти і плідних оболонок дефектів не знайдено. Вага плаценти - 650 г. Роділля втратила біля 100 мл крові. При огляді родових шляхів розривів м’яких тканин не виявлено.

Післяродовий період.

Починається з моменту вигнання посліду і продовжується 6-8 тижнів. В цьому періоді відбувається відновлення органів і систем.

Статеві органи.

В перші години розміри матки зменшуються і вона має шаровидну форму. Дно матки на 2-3 пальці нижче пупка. В подальшому кожної доби дно опускається на один палець. Матка дуже рухома. Об’єм матки зменшується, судини здавлюються і облітеруються. Інволюція матки закінчується на 6-8 добу після пологів. Також швидко проходить формування внутрішнього зіва і цервікального каналу. Повне закриття зовнішнього зіву спостерігається на 3 - му тижні після пологів. Одночасно проходить процес загоєння внутрішньої поверхні матки, з поступовою регенерацією ендометрію.

В процесі загоєння з’являються післяпологові виділення - лохії в перші 3 дні кров’янисті, з 4 -го дня - сукровичні, потім серозні. Обратному розвитку піддаються труби, яєчники, піхва, зовнішні статеві органи.

Молочні залози.

Розвиток починається з перших днів вагітності і в її кінці досягає готовності виконувати ф-цію. Молочні залози з 2-3 доби післяродового періода набухають, стають помірно болючими. Перші 2-3 доби виділяється молозиво, потім молоко. Соски у роділь випуклі.

Щоденник новонародженного.

Температура тіла - 36,8 С. Пульс-128 уд./хв. дитина активно бере грудь. Кожні покриви рожевого кольору. Залишки пуповини кожну добу оброблюються 70% спіртом і змащуються стерильною соняшниковою олією. З стаціонару виписаний в задовільному стані, з вагою - 3200 г. , ріст - 54 см та маючого ознаки початку відпадіння пуповини. Пуповина відпала на 6 добу. В пологовому будинку дитині зроблено БЦЖ.

Поради матері.

1. Дотримуватись харчового раціону, який би виключав гострі блюда, більш використовувати сокі, овочі, фрукти. Не використовувати алкогольні напої.
2. Регулярне і своєчасне годування дитини, через кожні 3 год. з 6 годинним нічною перервою.
3. Перед годуванням дитини мити руки, промити теплою кіп’яченою водою соски.
4. Під час годування давати смоктати дитині тільки одну грудь, потім другу, так почергово міняти при кожному годуванні.
5. Після годування зціджувати залишки молока.
6. Дотримуватись індивідуальної гігієни.
7. Систематично займатися гімнастикою.
8. Купати дитину 1 раз на добу перед сном.
9. Регулярно гуляти з дитиною на свіжому повітрі.
10. Регулярно відвідувати дитячу консультацію і виконувати всі вказівки дільничого лікаря.

ЕПІКРИЗ.

Халієва Яна Володимірівна 22 років поступила в пологовий будинок 18.01.08. зі скаргами на біль внизу живота та попереку. Першородячя, вагітність 39 тижнів, перший період пологів, повздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Води відійшли в 7 год. 50 хв. 8.02.08. Родова діяльність почалася в 5 год. ранку 8.02.08.г.

Тривалість першого періоду - 8 год.

Тривалість другого періоду - 55 хв.

Тривалість третього періоду - 20 хв.

Народилася дитина жива, чол. статі., доношена. Оцінка по шкалі Апгар на першій хв.- 8 , на другій - 9. Вага - 3200 г , ріст - 54 см. Серцебиття - 138 уд./ хв. Проведена первинна обробка новонародженного. Плацента відшарувалась самостійно, по центральному типу. При огляді плаценти і плідних оболонок дефектів не знайдено. Вага плаценти - 650 г. Роділля втратила біля 100 мл крові. При огляді родових шляхів розривів м’яких тканин не виявлено. Післяродових ускладнень не відмічено. К моменту виписки дитина добре смокче грудь. Вага - 3200 г , ріст - 54 см. Породілля почуває себе добре. К моменту виписки роділля отримала належні рекомендаціі. На шосту добу породілля і дитина виписані додому.

Література

1. Бодяжена В.І., Жмакін К.Н. ”Акушерство” -1989 р.

2. Михайленко Е.Т.“Фізіологічне акушерство” 1982 р.

3. Сольський А.П. “Практичне акушерство” 1976 р.

1. Конспект лекцій.
2. Жордано І.Ф. “Акушерство” 1964 р.