

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 2 г.МИНСКА

О.Г. Дражина Н.В.Волчок Н.В. Горностай

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2016

УДК 618.6/.7-036-08(075.9)

ББК 57.16я73

Д 72

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 9 от 20.12. 2016.

Авторы:

к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья
БелМАПО *О.Г. Дражина*,
врач акушер-гинеколог, заведующий акушерско-физиологическим
отделением УЗ «Родильный дом № 2 г. Минска» *Н.В. Волчок*,
врач акушер-гинеколог УЗ «Родильный дом № 2 г. Минска» *Н.В. Горностай*.

Рецензент:

к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии БГМУ В.С. Вербицкий
ГУ РНПЦ «Мать и дитя»

Дражина О.Г.

Д 72

Течение и ведение послеродового периода: учеб.-метод. пособие
/О.Г. Дражина, Н.В. Волчок, Н.В. Горностай. – Минск: БелМАПО,
2016 – 14 с.

ISBN 978-985-584-102-0

В учебно-методическом пособии описаны течение и ведение родильниц,
даны критерии нормы послеродового периода.

Учебно-методическое пособие предназначено для врачей акушеров-
гинекологов, клинических ординаторов, врачей-стажеров, студентов ВУЗов,
акушеров.

УДК 618.6/.7-036-08(075.9)

ББК 57.16я73

ISBN 978-985-584-102-0

© Дражина О.Г., [и др.], 2016

© Оформление БелМАПО, 2016

Введение

Послеродовой период (пуэрперальный) – период восстановления организма женщины после родов. Процессы, происходящие в этот период, являются физиологическими. Но с учетом стремительности происходящих процессов они могут быть близки к патологии, поэтому важно знать особенности течения и ведения женщин в этот период.

Послеродовой период начинается сразу после рождения последа и заканчивается, когда исчезают изменения, связанные с беременностью и родами. Хотя некоторые "следы" остаются в течение всей жизни женщины (стрии беременности, пигментация белой линии живота, ареол, сглаженность складчатости влагалища, характерные изменения шейки матки, увеличенные размеры матки, изменения сосудов матки и параметрия, др.).

Продолжительность послеродового периода составляет 42 дня. Этот срок используется при статистической разработке материнской смертности, кроме того, полное восстановление матки с полной эпителизацией слизистой происходит в течение за 6-8 недель. Однако, для полного восстановления организма необходим более длительный промежуток (до 1-2 лет). И в МКБ-10 поздняя материнская смертность определяется как превышающая 42 дня, но не более одного года после родов. Процессы обратного развития (инволюции) всех органов и систем протекают по-разному.

Для простоты и с клинических позиций продолжительность послеродового периода берется как 6-8 недель, а женщина в этот период считается роженицей. Первые 2 часа после родов выделяют как **ранний послеродовой период**, когда все осложнения связаны непосредственно с родами, и по истечении которого начинается **поздний послеродовой период**.

Кроме того удобно делить **послеродовой (пуэрперальный) период** на **немедленный**, продолжающийся 24 часа после родов, **ранний (промежуточный)**, идущий до конца первой недели после родов, и **поздний**, продолжающийся 6 недель после родов.

В нашем пособии описано течение и ведение физиологического послеродового периода в первую неделю после родов с особенностями на современном этапе (при совместном пребывании матери и новорожденного, практике ранней выписки домой).

Течение послеродового периода

В послеродовом периоде самочувствие и состояние женщины хорошие. В психозмоциональном плане наблюдается снижение настроения, которое быстро восстанавливается в течение суток. Ощущение усталости и сонливость, а так же болезненность, ощущение саднения в области промежности проходят в течение 1-2 дней. Могут беспокоить послеродовые

схватки, которые не являются признаком заболевания, постепенно слабеют и пропадают через 2-3 дня.

Особого внимания заслуживают температура и пульс родильницы, как показатели нормального течения послеродового периода. Пульс обычно хорошего наполнения, но имеет склонность к лабильности. Учащение пульса может, быть связано с развивающейся инфекцией (генитальной или экстрагенитальной локализации), говорить о многих нарушениях в следствие различных причин.

Температурные явления, озноб, головная боль могут быть признаками развивающегося неблагополучия. Температура тела после родов обычно нормальная. Возможны два физиологических подъема температуры без видимой причины на 1-е и 2-4-е сутки. Первый связывают с усиленной работой всего организма, мышц, перенапряжением вегетативной нервной системы в родах, второй – с защитными реакциями организма против внедрения микроорганизмов, с реабсорбцией продуктов лизиса тканей из матки. Обычно температура повышается до $37,5-38^{\circ}$, держится недолго (обычно 2-4 часа) и нормализуется без лечения. Но в любом случае гипертермия требует клинического обследования.

С практической точки важно состояние кожных покровов и слизистых. Их влажность и нормальная окраска являются благоприятными признаками течения послеродового периода.

Падение веса в первую неделю после родов в пределах 2,5 кг может происходить за счет уменьшения отеков, характерных для беременности, повышенного потоотделения и истечения лохий.

В лабораторных анализах есть особенности, связанные с беременностью и родами, постепенно приходящие в нормы для небеременных женщин. Поэтому интерпретация лабораторных данных должна быть с учетом клиники и суток послеродового периода. Проявление клинического неблагополучия в послеродовой период должны быть учтены в первую очередь. В общем анализе крови родильницы возможно содержание лейкоцитов до $12,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов до 10% в лейкоцитарной формуле, СОЭ до 50 мм/ч, граница нормы для гемоглобина не ниже 110 г/л. Но

Молочные железы

В послеродовой период важным моментом является становление процесса лактации. Лактация определяется процессами лактогенеза, лактопоэза и галактогенеза. Становление их зависит от эндокринных и вегетативных процессов. Лактогенез начинается во время беременности. Продукция молока обусловлена рефлексом молокообразования и молокоотдачи. А функционирование молочных желез закрепляется нейроэндокринным рефлексом (пролактиновым или рефлексом извержения молока). Функция молочных желез в первую очередь зависит от

генетических и конституциональных моментов. Крик ребенка способствует выделению молока, а стресс, утомление – угнетению лактации.

Первые дни молочные железы безболезненные, мягкие, в них можно прощупать дольки. На 3-й день происходит нагрубание, молочные железы становятся плотнее и в разной степени чувствительны при пальпации. Такое состояние может держаться 2-3 дня, затем устанавливается равновесие между образованием и отдачей молока. Переход молозива в молоко происходит у женщин в разные временные промежутки, в среднем на 2-4 сутки. Образование трещин и сосков возможно при нарушении техники кормления грудью, при особенностях формы сосков (плоские или сильно выдающиеся). Трещины и ссадины могут быть входными воротами инфекции.

Инволюция матки

Оценка инволютивных процессов матки имеет большое значение для диагностики осложнений послеродового периода.

Классический метод – определение высоты стояния дна матки (ВДМ) по отношению к пупку и лону обязательно после опорожнения мочевого пузыря и желательно после опорожнения прямой кишки. К концу первых суток дно матки на уровне пупка (16-18см над лоном). В течение последующих 10-12 дней высота стояния дна матки уменьшается ежедневно на 1,5-2 см (один поперечник пальца): на 5-е сутки – 8-10см (на середине расстояния между пупком и лоном), на 7-е – 7-12см (на три поперечных пальца выше лона), 10-е – 5-6см или на уровне лона, 11-12-е – дно матки скрывается за лоном.

Подвижность матки, состояние мышц тазового дна и степень инволюции влагалища будут так же влиять на высоту стояния дна матки. Главное в наблюдении за инволюцией матки – динамика изменений. И надо отметить, что темпы инволюции матки увеличились, вероятно, за счет более активного ведения послеродового периода в настоящее время. У кормящих женщин процессы инволюции протекают быстрее. Для восстановления эндометрия вне плацентарной площадки необходимо 10-11 дней. Полное восстановление слизистой матки заканчивается на 6-8-й неделе послеродового периода.

Для контроля за маткой применяется ультразвуковое исследование. По данным УЗИ наиболее объективным критерием инволюции матки является ее объем (на 3-е сутки до 1000 см³, на 5-е до 500-600 см³) и длина матки (на 3-е сутки менее 140мм, измеряется с шейкой в следствии ее формирования к 5 суткам послеродового периода). Некоторые отклонения от этих показателей могут быть в случае многоплодной беременности и крупном плоде. Обычно определяется центральное эхо повышенной плотности, расширяющееся в нижней трети, полость матки с жидкостным содержимым, с незначительным количеством эхо-структур, свидетельствующих о наличии участков децидуальной ткани и кровяных сгустков, которые к 7-м суткам обычно не визуализируются. Толщина центрального эха матки в норме

обычно не превышает на всем протяжении 15мм на 3 сутки и 8 мм на 5-7-е сутки; либо до 20 мм на 3-5-е сутки только в нижней трети.

Наружные половые органы, промежность и лохии

При нормальном течении выделения (лохии) из половых путей должны иметь обычный запах, соответствовать суткам и не должны быть обильными. В первые дни лохи имеют кровяной характер (с превалированием эритроцитов). На 4-5-й дни становятся кровянисто-серозными (с превалированием лейкоцитов). Через неделю в маточном отделяемом появляется слизь, децидуальные клетки и клетки эпителия, эритроциты почти исчезают, лохии имеют серовато-белый цвет. Не должно быть: обильных кровянистых выделений после 5 дня пуэрперия; отсутствия или обильного излития задержавшихся выделений. Возможно самостоятельное отхождение части плодных оболочек на 5-6 сутки.

Наружные половые органы, область раны на промежности (в следствии разрыва или разреза промежности) должны быть без выраженного отека, гиперемии тканей и болезненности при пальпации. Возможный отек наружных половых органов и промежности обычно постепенно проходит самостоятельно, но может быть признаком развития воспаления или гематомы. Швы должны быть сухие, "без налетов".

Мышцы промежности первые 2-3 дня после родов сокращаются вяло, к 10-12 дню тонус промежности восстанавливается, но часто неполностью. Слабость и растянутость мышц брюшного пресса и тазового дна способствуют возникновению запоров, пролапсу гениталий.

Геморроидальные узлы у родильниц чаще в виде синеватых "лоснящихся" припухлостей в области заднего прохода, могут быть отечными, с болезненными ощущениями. Микротрещины и трещины заднего прохода бывают реже.

Функция мочевого пузыря и кишечника

Работа смежных для матки органов важна для правильной ее инволюции и хорошего самочувствия родильницы.

В первые дни возможно отсутствие позывов на мочеиспускание и переполнение мочевого пузыря, которое может имитировать субинволюцию матки. Легкое жжение при мочеиспускании наблюдается 1-3 дня в следствии попадания мочи на ссадины или раны слизистой входа во влагалище.

Стул может отсутствовать в течение двух дней после родов. При отсутствии чрезмерного вздутия кишечника и болей это не является патологией.

Ведение послеродового периода

Для профилактики осложнений после родов необходимо соблюдение определенных норм, в том числе санитарно-эпидемиологических. Время, когда родильница находилась длительно в условиях стационара, постели, строгого соблюдения «режима», ушло в прошлое, изменились многие подходы к ведению женщин в послеродовом периоде, в том числе с позиций эпидемиологии и гигиены. Послеродовой период, как и роды, не является стерильным. Поэтому в последние десятилетия эффективно применяются совместное пребывание матери и ребенка, тактика использования домашнего белья для родильницы и новорожденного в целях максимального заселения «маминой» и «домашней» флорой, посещение родильниц в стационаре вне послеродового отделения. Подъем женщины после родов осуществляется через 6 часов, ей разрешено ходить, принимать душ. Через 6-12 часов родильница способна самостоятельно ухаживать за собой и ребенком.

С учетом «обследованности» женщин в течение беременности и родов нет необходимости в нерациональном использовании всего арсенала сил и средств после родов.

Обследование после родов

Согласно настоящим протоколам необходимо наблюдение за родильницей в послеродовом отделении ежедневно (средняя длительность ведения в стационаре при физиологических родах 3-5 дней) с контролем состояния, температуры тела, пульса, артериального давления, цвета кожи и слизистых, оценки молочных желез, размеров, положения и плотности матки, контролем количества выделений из половых путей, состоянии наружных половых органов и промежности, оценка функции мочевого пузыря и кишечника. На третьи сутки выполняется общий анализ крови. Гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование, другие исследования выполняются по показаниям. При ранней выписке домой рекомендуется проведение УЗИ на 3-е сутки.

Назначения в послеродовом периоде.

Болезненные схватки, нарушающие покой родильницы могут быть облегчены психопрофилактикой "нормы послеродовых схваток", дачей нестероидных противовоспалительных средств, спазмолитиков.

Для профилактики процессов нарушения сокращения матки могут назначаться физиотерапевтические процедуры (магнитотерапия). Рекомендуется ношение бандажа.

При задержке мочеиспускания необходимо попытаться вызвать его рефлексорно

Для молочных желез при трещинах и ссадинах необходимо тщательное соблюдение гигиены, возможно применение физиотерапии, воздушных ванн по 10-15 минут 2-3 раза в день.

В родах и послеродовом периоде определяется группа риска по развитию ГВЗ и тромбоэмболическим осложнениям. Хотя многие авторы воздерживаются от профилактического введения антибиотиков, при высоком риске реализации гнойно-воспалительных заболеваний проводится однократное введение антибактериального препарата в суточной дозе. У родильниц с риском по тромбозам и тромбоэмболиям обязательно ношение компрессионного белья, назначение препаратов производится по показаниям.

При подъеме температуры назначаются нестероидные противовоспалительные (парацетамол) с последующей дифференциальной диагностикой состояний.

При отеке промежности, кровоподтеках можно применять местно холод, гепариновую мазь, нестероидные противовоспалительные средства.

Для лечения геморроя может быть использована местная терапия (свечи, мази), прохладный "восходящий" душ на область промежности, тщательное соблюдение гигиены.

В норме обработка промежности, даже при наличии швов не проводится. Снятие швов производится после их обработки на 5-е сутки.

При опущениях половых органов рекомендуются лечебная гимнастика, специальные упражнения, а при сохранении функциональных и анатомических нарушений возможна хирургическая коррекция, обычно не ранее 3 месяцев после родов.

Обязательна профилактика резус-сенсibilизации в течении 24 часов и не позднее 72 часов после родов.

Молочные железы и лактация

Состояние молочных желез определяется путем осмотра, пальпации, оценки характера и количества отделяемого (молозиво, молоко). Большое значение имеет подготовка молочных желез (сосков) к кормлению при беременности.

Для профилактики трещин сосков и ссадин рекомендуется соблюдать технику прикладывания к груди и ограничивать до 20 минут время сосания ребенком. После кормления хорошо смазывать сосок и ареолу грудным молоком и просушить до образования "корочки" в течение 10 минут. Возможно кормление с накладками при плоских или втянутых сосках, при образовавшихся глубоких трещинах.

При нагрубании молочных желез необходимо ношение хорошо пригнанного бюстгалтера, так как "свисание" молочной железы затрудняет отток и способствует ухудшению состояния. Во время нагрубания кормление грудью надо продолжить. Необходимо ограничить прием жидкости до 1-1,5 л в сутки. Оставшееся молоко можно сцеживать руками или молокоотсосом (пока бьют струйки, но не до последней капли и не более 10-20 минут). При затрудненном оттоке возможно проведение физиотерапии или проведение профилактики лактостаза медикаментозно. При нарушениях оттока (ухудшение или большого количества) молока возможно сцеживание

"первого" молока для более правильного захвата ребенком соска и ареолы, позволяющего более эффективно кормить ребенка.

Среди множества способов и средств, предлагаемых для становления и усиления лактации, достоверным является только процесс грудного вскармливания (сосания ребенком), а так же процесс сцеживания для имитации сосания (даже "пустой" молочной железы).

Физиологические оправления

Опорожнение мочевого пузыря рекомендуется каждые 3 часа. Опорожнение кишечника не реже 1 раза в два дня. Отсутствие стула на 3 сутки после родов является показанием к даче слабительного или очистительной клизме.

Режим дня и отдыха

Определяется местом нахождения родильницы (стационар, домашние условия). Для нормального течения послеродового периода и становления лактации важны спокойная обстановка, адекватный сон в ночное время (не менее 8 часов) и дневной отдых (1-2 часа). Хороший эффект "восстановления" имеют регулярное проветривание (2-6 раз в день) и прогулки на свежем воздухе.

Гигиена послеродового периода

Сохраняется принцип цикличности заполнения палат и все основные санитарно-эпидемиологические нормы условий пребывания, уборки и дезинфекции. Влажная уборка помещений, где находится родильница с новорожденным, производится в стационаре 2 раза в день, дома – 1 раз в день. Адекватное регулярное (по 15-20 минут до 4-6 раз в сутки) проветривание по эффекту соответствует кварцеванию помещений.

Гигиенический душ не менее одного раза в сутки (до окончания послеродового периода). Постоянное обмывание молочных желез перед кормлением не требуется.

Обработка ран и швов на промежности не проводится! Необходимы гигиенические обмывания наружных половых органов с мылом после каждого мочеиспускания и опорожнения прямой кишки, но не реже чем через каждые 3 часа, с последующим обсушиванием (промакиванием полотенце, салфеткой) промежности и сменой подкладов. Подклады не должны прижиматься к промежности бельем для свободного истечения лохий и доступа воздуха. До и после обмывания наружных половых органов необходимо мыть руки с мылом.

Обязательно мыть руки перед кормлением ребенка грудью. Мытье рук так же необходимо до и после ухода за новорожденным.

Полотенца, используемые для тела, халаты, постельное белье меняются 1 раз в 7 дней. Смена нательного белья (сорочка, бюстгалтер, трусы), полотенца для промежности производится 1 раз в день. Смена всего перечисленного так же проводится по мере загрязнения. Белье должно быть

из натуральных материалов или одноразовое. В стационарах приветствуется домашнее чистое белье.

Ношение бандажа (из гигиенических соображений одевается на сорочку, а не на голое тело) способствует адекватному сокращению матки, опорожнению мочевого пузыря и кишечника в дневное время в первые недели после родов, далее необходимости нет вследствие выполнения лечебной и гигиенической гимнастики.

Диететика родильниц

Здоровая родильница не нуждается в особой диете. Надо отказаться от ранее рекомендуемых строгих диет. Суточная энергетическая ценность пищи должна составлять около 3200 ккал, с нормальным распределением по белкам (предпочтительно животного происхождения), жирам и углеводам. Пища должна быть легкоусвояемой, питательной и обильной, с достаточным количеством жидкости (не менее 2 л в сутки, возможно ее ограничение до 1,5 л в период нагрудания молочных желез). Прием пищи должен быть 5-6 раз в день. Не надо перегружать пищу углеводами (сахар, крупы, хлебобулочные изделия), надо отказаться от жирного, копченого, острого, ограничить потребление облигатных аллергенов. В первые сутки после родов надо избегать грубой пищи с высоким содержанием клетчатки.

Физические нагрузки родильниц

Нормальные роды и нормальный послеродовой период не являются противопоказаниями к выполнению физических нагрузок. Подъем тяжестей и физические нагрузки допускаются в пределах гигиенического ухода родильницы за собой и новорожденным ребенком в течение первой недели, затем необходимо постепенно увеличивать физические нагрузки, доводя их до обычных к 6-8 неделе после родов.

Раннее вставание повышает обмен веществ, хорошо влияет на нервную систему, кровообращение, способствует быстрой адаптации к нагрузкам в послеродовом периоде. Однако, тяжелая физическая нагрузка после родов категорически противопоказана, так как может привести к опущению внутренних органов (в первую очередь половых).

Лечебная гимнастика необходима для повышения защитных сил организма, улучшения кровообращения, функции всех органов и систем (тонизируется нервная система, активнее проходят процессы инволюции), становления лактации. Дыхательная гимнастика восстанавливает правильное дыхание, улучшает общее состояние и применяется с первого дня.

При отсутствии осложнений в послеродовом периоде женщина может заниматься лечебной гимнастикой со 2-го дня. В комплекс входят дыхательные упражнения, двигательные упражнения на повышение тонуса сосудов (особенно нижних конечностей), укрепление мышц брюшного пресса и тазового дна. Простые упражнения типа "мельница", "ножницы", "верхний и нижний пресс" без максимальной нагрузки, приседания, "наклоны" в разные стороны, выполняемые с постепенно нарастающей

нагрузкой, позволяют перейти к обычной гигиенической гимнастике и физическим нагрузкам через 8 недель после родов.

Выполнение упражнений, направленных на усиление мышц тазового дна рекомендуется выполнять в те же сроки.

Занятия при наличии швов на промежности (кроме разрыва 3 степени) не противопоказаны. Сроки возвращения к физическим нагрузкам определяются индивидуально.

Совместное пребывание матери и ребенка

Смысл такого пребывания – в повседневном уходе матери за ребенком. Совместное пребывание положительно влияет на психоэмоциональное состояние родильниц, становлению лактации и материнского инстинкта, обеспечивает "подготовку" родильницы к самостоятельному правильному уходу за собой и ребенком. Кроме того, такое пребывание ограничивает число контактов матери и новорожденного с другими лицами, способствует соблюдению максимально адекватного санитарно-эпидемиологического режима.

Совместное пребывание матери и ребенка используется сразу после родов при удовлетворительном состоянии матери и ребенка, не требующих особого наблюдения и лечения, с учетом возможных противопоказаний.

Санитарно-просветительская работа

Обязательны беседы и лекции на санитарно-просветительские темы в период пребывания женщины в стационаре. К выписке женщина должна знать информацию о гигиене, наблюдении за молочными железами и нагрузках в послеродовом периоде, об уходе за собой и ребенком, о послеродовых выделениях и времени возобновления менструаций, о контрацепции (полное восстановление женщины после родов происходит в течение 2-х лет) и сроках начала половой жизни (после инволюции органов, заживления родовых путей и плацентарной площадки, то есть не ранее 6-8 недель после родов из-за возможного развития инфекции или кровотечения). Возможно, выдача информации на бумажном носителе.

Выписка из стационара

В современном мире практикуется как можно более ранняя выписка домой. Это обусловлено как санитарно-эпидемиологическими критериями, адекватным амбулаторным ведением, общим уровнем, информированностью населения, так и экономическими составляющими.

Критериями выписки родильниц из стационара являются: отсутствие жалоб, удовлетворительное состояние, клинико-лабораторное благополучие у родильницы и новорожденного.

Настоящие клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц и родильниц позволяют осуществлять раннюю выписку домой. Родильницы могут быть выписаны после родов через естественные родовые пути на третьи сутки после родов при вышеперечисленных критериях и условиях: течение беременности, родов и первых 24 часах послеродового периода без

осложнений, имеющиеся экстрагенитальные заболевания не осложнили течение беременности, родов и послеродового периода, ребенок приложен к груди матери в родзале, находился на совместном пребывании в удовлетворительном состоянии, родильница обучена всем вопросам по уходу за собой и ребенком, информирована о возможных осложнениях и учреждениях здравоохранения, в которые надо обращаться.

Осмотр женщины акушером-гинекологом проводится амбулаторно на 7-10 сутки после выписки из стационара, при отклонениях от нормального течения послеродового периода – в любое время.

Литература

1. Акушерство: учеб. / под ред. В.Е.Радзинского, А.М.Фукса. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2016. – 1040 с.
2. Воскресенский С.Л., Шорох И.Г., Козлякова О.В. Комплексная ультразвуковая диагностика физиологического и осложненного течения послеродового периода после самопроизвольных родов: учеб.-метод. пособие. – Минск, 2013. – 36 с.
3. Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии. – Минск, 2012. – 230 с.
4. Коробков Н.А. Руководство по пуэрперию. – СПб, 2015. – 647 с.

Учебное издание

Дражина Оксана Георгиевна
Волчок Наталья Владимировна
Горностай Наталья Владимировна

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск О.Г. Дражина

Подписано в печать 20. 12. 2016. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 0,88. Уч.- изд. л.0,66. Тираж 50 экз. Заказ 284.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.