

Е.И. Барановская

---

# АКУШЕРСТВО

Для студентов учреждений  
высшего медицинского образования

Е.И. Барановская

# АКУШЕРСТВО

Утверждено  
Министерством образования Республики Беларусь  
в качестве учебника  
для студентов учреждений высшего образования  
по специальности  
«Медико-диагностическое дело»



Минск  
«Вышэйшая школа»  
2014

УДК 618.2(075.8)  
ББК 57.16я73  
Б24

Рецензенты: кафедра акушерства и гинекологии УО «Гродненский государственный медицинский университет» (заведующий кафедрой доктор медицинских наук *Л.В. Гутикова*); заведующий кафедрой акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный медицинский университет» доктор медицинских наук, профессор *С.Н. Занько*

*Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.*

### **Барановская, Е. И.**

Б24 Акушерство : учебник / Е. И. Барановская. – Минск :  
Вышэйшая школа, 2014. – 287 с. : ил.  
ISBN 978-985-06-2432-1.

Изложены вопросы физиологии беременности и родов, их осложнений. Значительное внимание уделено методам диагностики как физиологического состояния, так и патологии матери и плода.

Для студентов учреждений высшего образования по специальности «Медико-диагностическое дело», может быть использован врачами-интернами, клиническими ординаторами, аспирантами.

**УДК 618.2(075.8)**  
**ББК 57.16я73**

**ISBN 978-985-06-2432-1**

© Барановская Е.И., 2014  
© Оформление. УП «Издательство  
“Вышэйшая школа”», 2014

## Предисловие

Предлагаемый учебник «Акушерство» отличается от других изданий тем, что в нем лаконично изложен обобщенный опыт отечественных и зарубежных ученых. Современное акушерство интенсивно развивается, отражая достижения мировой науки. Полученные новые научные знания об этиологии, патогенезе заболеваний, методах диагностики, лечения и профилактики реализуются в практическом родовспоможении. Акушерство является интегральной наукой, в которой сконцентрированы классические представления о физиологии беременности, родов, послеродового периода, о методах и приемах родовспоможения, а также достижения фундаментальных медико-биологических наук – микробиологии, иммунологии, медицинской генетики, фармакологии и др. Совершенствуется организация родовспоможения, осваиваются методы интенсивной терапии и выхаживания недоношенных новорожденных, вспомогательные репродуктивные технологии, используются новые средства и приспособления в диагностике и лечении акушерской и перинатальной патологии.

Полученные новые фундаментальные знания о патофизиологии женской репродуктивной системы становятся все более объемными и разносторонними, включают тонкие регуляторные механизмы, имеющие многогранное практическое применение. Лишь обладая точными знаниями, можно грамотно применять их в практической деятельности. К обучению студентов медицинских вузов, а значит и к средствам учебного процесса, предъявляются все более строгие требования. Автор

учебника всю свою деятельность направила на служение науке, обучение студентов, а опыт работы в родовспоможении на протяжении многих лет позволил сформировать собственные суждения. Во взаимосвязанных разделах настоящего учебника сделаны акценты на достижения в области диагностики физиологического состояния матери и плода, а также акушерской и перинатальной патологии.

Учебник «Акушерство» составлен в соответствии с учебной программой медицинских высших учебных учреждений по специальности «Медико-диагностическое дело», будет полезным врачам-интернам, ординаторам, аспирантам.

Доктор медицинских наук,  
профессор *Е.И. Барановская*

## **Глава 1. ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛАРУСИ**

**История акушерства и гинекологии.** Основоположник акушерства как науки – профессор Н.М. Максимович-Амбодик, автор первого в России научного труда «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле». Книга издана в Санкт-Петербурге в 1784–1786 гг. и содержит сведения о физиологии и анатомии женского организма, ведении беременности, родов и послеродового периода, уходе за младенцем. В 1808 г. при Московском университете открыт Повивальный институт и первая в России акушерская клиника на четыре кровати.

В 1865 г. в Могилеве создана повивальная школа (среднее специальное медицинское учебное заведение) для подготовки повивальных бабок. С 1874 г. школа была центральной для Могилевской, Витебской и Минской губерний, действовала она до 1917 г.

В 1895 г. в Минске на Захарьевской улице (в настоящее время – пр. Независимости) открыт родильный приют для женщин, не имевших надлежащих условий дома, т.е. богоугодное заведение. Приют был рассчитан на 8 мест, в нем работал 1 врач и 3 акушерки. В приюте не требовали документов, женщина называла свое имя или подавала сведения о себе в конверте, который вскрывали лишь при смерти пациентки. Содержание в приюте было бесплатным, а средства для этого поступали от земства и благотворительных организаций. Одно из восьми мест содержалось за счет пожертвований царицы Александры Федоровны (жены Николая II).

**Структура акушерско-гинекологической службы в Республике Беларусь.** В Республике Беларусь акушерско-гинекологическая служба подчиняется отделу медицинской помощи матерям и детям, включенному в состав Министерства здравоохранения. В состав отдела входят главные республиканские специалисты – педиатр и акушер-гинеколог.

В каждой области службу возглавляет главный акушер-гинеколог Управления здравоохранения областного исполнительного комитета. Научно-методическую, консультативную помощь оказывают медицинские учреждения высшего образования, Белорусская медицинская академия последипломного образования, РНПЦ «Мать и дитя». На местах службой руководят городские, районные акушеры-гинекологи.

В республике принята четырехуровневая система оказания акушерско-гинекологической помощи:

- **I уровень** – центральная районная больница (фельдшерско-акушерский пункт, женская консультация, родильное и гинекологическое отделения);
- **II уровень** – городской родильный дом или родильное отделение городской больницы, женская консультация;
- **III уровень** – областной родильный дом или родильное отделение областной больницы, учреждения для оказания специализированной помощи;
- **IV уровень** – республиканский научно-практический центр. *Основные задачи акушерско-гинекологической службы:*
- снижение материнской и перинатальной смертности;
- оздоровление женщин до планируемой беременности (прегравидарная подготовка);
- организация специализированной помощи;
- диспансеризация женского населения;
- снижение заболеваемости беременных и новорожденных;
- предупреждение абортот;
- пропаганда здорового образа жизни.

### **Структура и принципы работы женской консультации.**

Женская консультация – это амбулаторно-поликлиническое учреждение диспансерного типа, где проводится лечебно-профилактическая помощь женщинам.

Работает консультация по территориальному принципу.

Основные направления работы женской консультации:

- диспансеризация беременных женщин и гинекологических больных;
- профилактика осложнений беременности, родов;
- пренатальная охрана плода;
- планирование семьи (контрацепция, прерывание беременности);
- лечение гинекологических заболеваний;
- санитарно-просветительная работа.

Все беременные должны быть взяты на диспансерный учет в женской консультации по месту жительства. Цель диспансеризации беременных – динамическое медицинское наблюдение за течением беременности, состоянием здоровья женщины, развитием плода, оказание профилактической и лечебной помощи.

Своевременным считается взятие на учет в сроке до 12 недель беременности. Обследование беременных проводится в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения клиническими протоколами диагностики и лечения.

При первом обращении беременной в женскую консультацию врач заводит «Индивидуальную карту беременной и родильницы», в которую делаются записи при каждом посещении. Врач тщательно собирает гинекологический и акушерский анамнез (менструальная функция, течение и исход всех предыдущих беременностей, экстрагенитальные заболевания).

При первичном обращении беременной в женскую консультацию проводят лабораторные исследования:

- маркеры для выявления вирусного гепатита В и С, токсоплазмоза, ВИЧ;
- общий анализ крови, биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, мочевины, холестерин и др.),
- коагулограмма,
- общий анализ мочи,
- резус-принадлежность и группа крови.

Ультразвуковой скрининг беременных выполняют трижды: первый раз в сроке 9–11 недель, затем в 16–20 недель и в III триместре или по показаниям. Цель УЗИ в I триместре – установить срок беременности, количество плодов, пороки развития плода. Во II триместре УЗИ выполняют для диагностики пороков развития плода, патологии и локализации плаценты, истмикоцервикальной недостаточности, мало- и многоплодия. В III триместре с помощью УЗИ выявляют не диагностированные раньше пороки развития плода, соответствие размеров плода возрасту гестации, локализацию и структуру плаценты, а также доплерометрию для оценки кровообращения в сосудах фетоплацентарного комплекса.

Беременных осматривает терапевт, ЛОР-врач, стоматолог, окулист, эндокринолог, а по показаниям и другие специалисты.

После клинического и лабораторного обследования в сроке до 12 недель беременности определяется принадлежность беременной к группе перинатального риска. В соответствии с груп-



пой и степенью риска маркируются «Индивидуальные карты», определяется уровень учреждения, в котором должна рожать каждая женщина. При высоком риске своевременно решается вопрос о целесообразности сохранения беременности.

В женской консультации с беременными проводятся индивидуальные и групповые (не более 8–10 человек) занятия: психопрофилактическая подготовка к родам, «школа матери». Если беременная желает присутствия на родах близкого ей человека, родственника (партнерские роды), то партнер также проходит подготовку к присутствию на родах.

При необходимости врач женской консультации выдает беременной справку для перевода ее на легкую безвредную работу при любом сроке беременности.

Врач заполняет и выдает на руки беременной «Обменную карту», в которую вносятся данные о каждом посещении консультации. «Обменная карта» состоит из трех частей: 1) данные из женской консультации о течении беременности; 2) данные из родильного дома о течении родов; 3) данные о новорожденном. «Обменная карта» обеспечивает преемственность в передаче информации о пациентке между консультацией, родильным домом и детской поликлиникой. После выписки из стационара родильницы и новорожденного медсестра и врач детской поликлиники посещают их на дому. Родильница посещает врача женской консультации, имеющего сведения о течении родов.

**Гинекологическая помощь в женской консультации.** При первом посещении врача на каждую пациентку заводится «Медицинская карта амбулаторного больного». В нее заносятся данные анамнеза, лабораторных, специальных и инструментальных методов исследования. Уточненный диагноз вносится в «Листок записи заключительных уточненных диагнозов» в амбулаторной карте.

Профилактические гинекологические осмотры осуществляются всем женщинам старше 18 лет не реже одного раза в год. При каждом профилактическом посещении проводится осмотр с помощью вагинальных зеркал, двуручное вагинальное исследование, бактериоскопическое исследование мазка из уретры и цервикального канала, кольпоскопия, онкоцитологическое исследования мазка из эндо- и эктоцервикса, УЗИ органов малого таза. При выявлении гинекологической патологии врач назначает лечение, по показаниям пациентка вносится в группу для диспансерного наблюдения. В женской

консультации осуществляется амбулаторное лечение больных. Организована работа процедурного, физиотерапевтического кабинетов. Амбулаторно производятся малые гинекологические операции: биопсия шейки матки, аспирация из полости матки для цитологического исследования, введение и удаление внутриматочных контрацептивов, прерывание беременности малых сроков методом вакуум-аспирации плодного яйца.

**Структура и принципы работы акушерского стационара.** Главная цель в работе акушерского стационара – рождение здорового ребенка и сохранение здоровья матери.

Акушерскую помощь оказывают в родильном доме или родильном отделении многопрофильной больницы. Организация работы в учреждении здравоохранения подчиняется действующему законодательству, приказам, постановлениям органов здравоохранения, методическим рекомендациям, инструкциям, клиническим протоколам диагностики и лечения.

*Основные подразделения акушерского стационара:*

- приемное отделение;
- родовое отделение;
- операционный блок;
- послеродовое отделение;
- 2-е акушерское (обсервационное) отделение;
- отделение патологии беременных;
- отделение новорожденных;
- отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (раздельно для женщин и детей);
- гинекологическое отделение;
- лаборатория;
- физиотерапевтический кабинет;
- административно-хозяйственная часть.

Также в состав родильного стационара III–IV уровней при целесообразности и по усмотрению администрации учреждения могут входить другие подразделения, например педиатрическое отделение для выхаживания недоношенных детей, женская консультация, клиничко-диагностическое отделение, отделение вспомогательных репродуктивных технологий и др.

Работа родильного дома организована с круглосуточным дежурством врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиолога-реаниматолога, акушерок, лаборантов. В родильном доме предусмотрена работа врача терапевта, трансфузиолога. При необходимости роды ведутся в присутствии терапевта, анестезиолога-реаниматолога или другого специалиста.

В родильный дом женщины поступают в экстренном или плановом порядке по направлению врача женской консультации, бригады скорой медицинской помощи или обращаются самостоятельно без направления. Экстренную помощь оказывают всем обратившимся пациенткам, независимо от места проживания. При необходимости родоразрешения в специализированном учреждении женщина должна быть заблаговременно информирована об этом. При поступлении в роддом женщина должна иметь с собой паспорт, «Обменную карту», направление на госпитализацию. Если отсутствует паспорт, то делается отметка в истории родов, при отсутствии «Обменной карты» женщину госпитализируют во 2-е акушерское (обсервационное) отделение. В приемном отделении врач решает вопрос о необходимости госпитализации и определяет в какое отделение пациентка будет принята. В приемном отделении организован осмотр и обследование поступающей пациентки, имеются необходимые медикаменты для оказания экстренной помощи.

*Показания для госпитализации и перевода во 2-е акушерское (обсервационное) отделение:*

- ОРЗ, грипп, пневмония и др.;
- повышенная температура тела (37,6 °C и выше) при отсутствии клинических симптомов инфекции;
- повышение температуры тела в родах до 38 °C и выше при трехкратном измерении через каждый час;
- длительный безводный промежуток (12 ч и более);
- антенатальная или интранатальная гибель плода;
- грибковые и другие заболевания кожи;
- острый тромбоз;
- воспалительные заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит и др.);
- воспалительные заболевания половых путей;
- инфекционные и паразитарные заболевания (ВИЧ, сифилис, туберкулез, токсоплазмоз, цитомегалия, вирусный гепатит, педикулез, диарея и др.);
- роды вне лечебного учреждения (домашние роды);
- диагностированные врожденные пороки развития (ВПР) плода в сроке после 22 недель;
- нарушение функции тазовых органов;
- отсутствие медицинской документации, не состоящих на учете в женской консультации, не обследованных женщин;
- гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде;

- расхождение швов на передней брюшной стенке или промежности;
- воспалительные заболевания кожи, признаки внутриутробной инфекции у новорожденного.

В *родовом отделении* для первичной обработки новорожденного и оказания ему экстренной помощи имеется:

- пеленальный стол с подогревом или обогреваемый тепловой лампой;
- аппарат для отсасывания слизи из дыхательных путей;
- аппарат для искусственной вентиляции легких;
- детская маска и мешок «Амбу», «Пенлон» для принудительной вентиляции легких;
- детский ларингоскоп;
- кувез;
- медикаменты для реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

После окончания 3-го периода родов родильница проводит в родовом блоке 2 ч (ранний послеродовый период) под наблюдением акушерки и врача. Если состояние новорожденного удовлетворительное, то он остается также в родовом блоке и затем с матерью переводится в послеродовое отделение. Перед переводом акушерка разворачивает ребенка, осматривает его, особое внимание обращает на состояние лигатуры (скобы) на пуповинном остатке. В особых случаях (оперативное родоразрешение, асфиксия и др.) новорожденный сразу после родов переводится в детскую палату или отделение интенсивной терапии новорожденных.

Послед отправляется на гистологическое исследование.

Перечень медикаментозных средств, который необходимо иметь в роддоме для оказания плановой и экстренной помощи, регламентируется приказом Министерства здравоохранения.

Для оказания экстренной помощи в роддоме организуется служба крови. Приказом главного врача назначается врач, выполняющий функции трансфузиолога, в обязанности которого входят:

- контроль за наличием необходимого запаса компонентов крови и кровезаменителей;
- соблюдение сроков и условий их хранения;
- подготовка персонала к овладению техникой переливания компонентов крови и кровезаменителей.

В специально предназначенном холодильнике хранятся запасы эритроцитной массы, в морозильной камере – свежемороженая плазма каждой группы крови.

*Операционный блок* состоит из следующих помещений:

- большая операционная;
- малая операционная;
- предоперационная;
- комната для подготовки перевязочного материала и обработки инструментов;
- комната для хранения компонентов крови и кровезаменителей;
- комната для персонала (переодевания) и другие подсобные комнаты.

Большая операционная предназначена для выполнения плановых и экстренных лапаротомий. В ней имеется следующее оборудование: операционный стол, бестеневая лампа, столы для инструментов, наркозный аппарат, дыхательная аппаратура, стол для работы анестезиолога, электроотсос, кардиомонитор. Операционная сообщается с комнатой для новорожденного, где ему оказывают первичную обработку, а при необходимости – первую помощь. Из операционной в детское отделение новорожденного перевозят в транспортном кузове.

В родильных домах организовано совместное пребывание матери и ребенка в послеродовой палате, платные палаты с повышенной комфортностью, предусматривающие посещение родственниками беременной и родильницы. Используется программа грудного вскармливания новорожденного.

**Санитарно-эпидемиологический режим, асептика и антисептика в акушерском стационаре.** Основные задачи для предупреждения гнойно-септических заболеваний:

- выявление источника инфекции и воздействие на него (изоляция, обезвреживание);
- выявление механизма передачи инфекции и его пресечение;
- снижение восприимчивости к инфекции.

Источником инфекции может быть носитель (персонал или пациенты) патогенных или условно-патогенных микроорганизмов. Заболевших сотрудников отстраняют от работы до их выздоровления. Беременным в женской консультации saniруют очаги хронической инфекции – кариес, тонзиллит, бессимптомную бактериурию и другие источники инфекции, что одновременно препятствует распространению инфекции и увеличивает сопротивляемость к ней. Больных пациенток помещают в акушерско-обсервационное отделение.

Механизм передачи возбудителей инфекции в родильном доме – контактный: контаминированная бактериями кожа пациенток, руки персонала, обувь. Поэтому для пресечения механизма передачи микробов необходимо ограничить контакт между персоналом и пациентками разных отделений, содержать в чистоте кожный покров пациенток (гигиенический душ, смена белья, лечение кожных болезней), руки персонала обрабатывать дезинфицирующими растворами и использовать одноразовые перчатки, менять обувь или использовать одноразовые бахилы при входе в отделение.

Обязательны общепринятые мероприятия для стационара хирургического типа: уборка и дезинфекция помещений, стерилизация белья и инструментария, правила работы в операционной и др.

Повышение устойчивости к инфекции включает:

- диагностику и лечение заболеваний с нарушением иммунитета (хроническая железодефицитная анемия, витаминная недостаточность, эндокринные заболевания, кариес и др.);
- рациональное ведение родов (ограничить количество вагинальных исследований, проводить профилактику кровотечения в 3-м периоде родов, по показаниям назначать антибактериальные средства).

Для профилактики гнойно-септических осложнений в родильном доме проводятся следующие мероприятия:

- в приемном покое разделены потоки поступающих женщин в физиологическое и обсервационное отделение;
- в родовом отделении работают не менее двух родовых залов и предродовых палат, что позволяет проводить их дезинфекцию. Каждый родильный зал работает не более трех суток;
- в родах вагинальное исследование проводят по показаниям;
- в послеродовом отделении палаты заполняются циклически, т.е. в палату помещают родильниц в течение одних суток, после их выписки палата подвергается уборке и дезинфекции;
- в послеродовых палатах в течение дня проводят текущую уборку, проветривание;
- максимально используют одноразовое белье;
- для пациенток обеспечивают возможность соблюдения личной гигиены;

- по показаниям женщины госпитализируются или переводятся во 2-е акушерское отделение с боксами;
- при партнерских родах необходимо иметь справку из поликлиники об отсутствии инфекционных заболеваний партнера и его контакта с инфекционными больными;
- санитарно-противоэпидемический режим в роддоме контролируется Центром гигиены и эпидемиологии (ЦГЭ). При каждом случае гнойно-септических осложнений в ЦГЭ посылается экстренное извещение;
- каждый роддом закрывается для плановой профилактической дезинфекции через каждые 6 месяцев. При вспышках гнойно-септических заболеваний роддом закрывается для экстренной противоэпидемической обработки.

**Специализированная акушерская и гинекологическая помощь.** Проводится по следующим основным направлениям:

- экстрагенитальная патология;
- невынашивание беременности;
- врожденная и наследственная патология;
- бесплодие;
- детская и подростковая гинекология;
- онкогинекологические заболевания.

Для оказания специализированной помощи организованы медико-генетические консультации, специализированные кабинеты в женских консультациях, специализированные родильные дома или отделения патологии беременных (сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет, невынашивание беременности и др.).

Специализированный амбулаторный прием может быть организован по следующим направлениям:

- планирование семьи;
- патология шейки матки;
- невынашивание беременности;
- бесплодие;
- эндокринная гинекологическая патология;
- детская гинекология.

В оказании специализированной помощи вместе с акушерами-гинекологами принимают участие смежные специалисты – терапевты, эндокринологи, кардиологи, медицинские генетики, инфекционисты и др.

Специализированная помощь проводится на всех этапах жизни женщины: в детском и подростковом возрасте, на этапе планирования семьи, в период беременности, при родоразрешении, в перименопаузе.

## Оглавление

Предисловие .....	3
Список сокращений .....	5
<b>Глава 1. Организация акушерско-гинекологической помощи в Беларуси .....</b>	<b>6</b>
<b>Глава 2. Анатомо-физиологическая характеристика женской репродуктивной системы .....</b>	<b>18</b>
Анатомия женских половых органов .....	18
Физиология женской репродуктивной системы .....	25
<b>Глава 3. Физиологические особенности организма при беременности .....</b>	<b>32</b>
<b>Глава 4. Положение плода .....</b>	<b>44</b>
Нормальное положение плода .....	44
Поперечное и косое положение плода .....	47
<b>Глава 5. Клиническое течение и ведение физиологической беременности .....</b>	<b>49</b>
Развитие эмбриона и плода .....	49
Клиническое течение и ведение беременности .....	51
<b>Глава 6. Диагностика состояния плода .....</b>	<b>56</b>
Исследование биологических маркеров .....	56
Ультразвуковое исследование .....	59
Допплерометрия .....	59



Кардиотокография . . . . .	61
Амниоскопия . . . . .	63
Амниоцентез. . . . .	63
Фетоскопия. . . . .	64
Кордоцентез . . . . .	64
Биопсия ворсин хориона . . . . .	65
Диагностика состояния плода в родах. . . . .	65
<b>Глава 7. Лекарственные средства и ксенобиотики при беременности . . . . .</b>	<b>66</b>
Эмбриология и тератогенез. . . . .	66
Особенности фармакокинетики лекарственных средств при беременности . . . . .	68
Лекарственные средства при беременности . . . . .	69
Ксенобиотики и беременность . . . . .	72
<b>Глава 8. Эндокринные заболевания и беременность . . . . .</b>	<b>73</b>
Сахарный диабет . . . . .	73
Беременность и заболевания щитовидной железы . . . . .	83
<b>Глава 9. Беременность и туберкулез. . . . .</b>	<b>89</b>
<b>Глава 10. Патология сердечно-сосудистой системы у беременных. . . . .</b>	<b>90</b>
Беременность и артериальная гипертензия. . . . .	91
Варикозное расширение вен . . . . .	94
Пороки сердца у беременных . . . . .	95
<b>Глава 11. Болезни крови у беременных . . . . .</b>	<b>98</b>
Анемия беременных . . . . .	98
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура . . . . .	100
<b>Глава 12. Заболевания мочевыделительной системы у беременных . . . . .</b>	<b>101</b>
Пиелонефрит . . . . .	102

Гломерулонефрит . . . . .	104
Мочекаменная болезнь . . . . .	106
<b>Глава 13. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у беременных . . . . .</b>	<b>108</b>
<b>Глава 14. Инфекции перинатального периода . . . . .</b>	<b>109</b>
Герпесвирусная инфекция . . . . .	111
Вирусный гепатит . . . . .	114
ВИЧ-инфекция . . . . .	117
Урогенитальная хламидийная инфекция . . . . .	122
Токсоплазмоз . . . . .	123
Лабораторная диагностика . . . . .	124
<b>Глава 15. Изосерологическая несовместимость матери и плода . . . . .</b>	<b>128</b>
Изоиммунизация . . . . .	128
Гемолитическая болезнь . . . . .	131
<b>Глава 16. Гестоз . . . . .</b>	<b>138</b>
<b>Глава 17. Физиологические роды . . . . .</b>	<b>151</b>
<b>Глава 18. Невынашивание беременности . . . . .</b>	<b>162</b>
<b>Глава 19. Переношенная беременность . . . . .</b>	<b>174</b>
<b>Глава 20. Тазовые предлежания плода . . . . .</b>	<b>177</b>
<b>Глава 21. Аномалии родовой деятельности . . . . .</b>	<b>185</b>
<b>Глава 22. Узкий таз в акушерстве . . . . .</b>	<b>198</b>
<b>Глава 23. Кесарево сечение в современном акушерстве . . . . .</b>	<b>210</b>
Показания . . . . .	212
Анестезия . . . . .	215
Методики . . . . .	217
Осложнения и их профилактика . . . . .	218

<b>Глава 24. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода</b> .....	225
<b>Глава 25. Родовой травматизм</b> .....	230
<b>Глава 26. Акушерские кровотечения во время беременно- сти и в родах</b> .....	238
<b>Глава 27. Геморрагический шок, ДВС-синдром в акушер- стве</b> .....	251
<b>Глава 28. Послеродовой период и его осложнения</b> .....	264
<b>Литература</b> .....	282

Учебное издание

**Барановская Елена Игоревна**

**АКУШЕРСТВО**

**Учебник**

Редактор *В.В. Такушевич*

Художественный редактор *В.А. Ярошевич*

Технический редактор *Н.А. Лебедевич*

Корректор *Т.В. Кульнис*

Компьютерная верстка *И.В. Войцехович*

Подписано в печать 16.07.2014. Формат 84×108/32. Бумага офсетная.

Гарнитура «Times New Roman». Офсетная печать.

Усл. печ. л. 15,12. Уч.-изд. л. 16,2. Тираж 400 экз. Заказ 311.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Вышэйшая школа”».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/3 от 08.07.2013.

Пр. Победителей, 11, 220048, Минск.

e-mail: [market@vshph.com](mailto:market@vshph.com) <http://vshph.com>

Открытое акционерное общество «Красная звезда».

ЛП № 02330/99 от 14.04.2014. 1-й Загородный пер., 3, 220073, Минск.