

Лекція № 2

Тема: Фізіологія вагітності. Діагностика вагітності

План

1. Уявлення про фізіологію вагітності. Запліднення. Імплантація. Утворення та функції плаценти, оболонки, пуповини, навколоплідних вод. Основні шви, тім'ячка, розміри голівки. Критичні періоди вагітності.
2. Діагностика вагітності ранніх термінів. Сумнівні та імовірні (вірогідні) ознаки. Діагностика вагітності пізніх термінів: достовірні ознаки вагітності. Методика обстеження вагітних: опитування, об'єктивне обстеження, загальне та спеціальне акушерське обстеження.
3. Визначення положення, позиції, виду позиції, передлежання плода. Зовнішнє акушерське обстеження — прийоми Леопольда. Вислуховування серцебиття плода.
4. Визначення терміну вагітності, декретної відпустки, дати пологів. Обстеження вагітної під час взяття на облік. Ведення вагітної в жіночій консультації.

Запліднення — це складний комплекс біологічних процесів, що забезпечують процес злиття зрілих чоловічої та жіночої статевих клітин, внаслідок чого утворюється одна клітина (зигота), з якої розвивається новий організм.

Після статевого акту в піхву потрапляє 3-5 мл сперми. Кожен мілілітр містить 70-100 млн сперматозоонів, загалом 200-500 млн.

Процес запліднення відбувається в ампулярній частині маткової труби. У момент овуляції виникає тимчасовий контакт труби і яєчника. Яйцеклітина захоплюється фімбріями ампулярної частини і просувається завдяки рухам війок ціліального епітелію, фімбрії і дистального відділу труби. Під впливом ферментів, які виділяє епітелій, починається процес звільнення яйцеклітини від променистого вінця. Цей процес завершується під дією гіалуронідази та муцинази, які виділяють сперматозоони. Для повного розчинення оболонки необхідно близько 100 млн. спермій, проте лише кілька з них проникає всередину яйцеклітини, і лише один з'єднує своє ядро з ядром материнської гамети, несучи генетичний код батька.

Утворюється нова клітина - **зигота**.

У момент запліднення визначається стать майбутньої дитини. Кожен ооцит має 22 аутосоми й одну статеву Х-хромосому (22+Х). Кожен сперматоцит несе 22 аутосоми й одну Х (22+Х) або У (22+У) хромосому. Якщо ооцит запліднюється сперматоцитом, який містить Х-хромосому (22+Х), народжується дівчинка (44+ХХ), якщо спермій несе генетичний код У (22+У), народжується хлопчик (44+ХУ).

Розвиток плодового яйця

Через добу після запліднення зигота починає ділитись, просуваючись при цьому по матковій трубі. Цей процес триває 3 доби. В порожнину матки зародок потрапляє на стадії морули і складається з двох видів клітин — одні з них, більші й темніші, скупчуються в центрі клітини, утворюючи ембріобласт (з якого надалі розвивається плід), інші - менші і світліші - утворюють зовнішній шар – трофобласт, який забезпечує імплантацію та живлення зародка.

У порожнині матки морула перебуває до імплантації ще 3 доби, перетворюючись за цей час на бластоцисту. На 7 добу завдяки гістолітичним ферментам, які починає виділяти трофобласт, бластоциста розчиняє тканини слизової оболонки матки. Плодове яйце занурюється у функціональний шар ендометрія. Цей процес називається **імплантацією**.

Розпочинається якісно новий стан організму жінки - **вагітність**. На кінець 8-ї доби імплантація (нідація) завершується, отвір над зародком заростає. Живлення бластоцисти в цей час здійснюється завдяки секрету залоз ендометрія.

Після імплантації трофобласт починає секретувати хоріонічний гонадотропін, з появою навіть мінімальних кількостей якого в організмі жінки починаються зміни: припиняється менструальний цикл, жовте тіло менструації перетворюється на жовте тіло вагітності, ендометрій трансформується в децидуальну оболонку.

Після повної імплантації на поверхні трофобласта утворюються вирости - ворсини, з яких надалі розвивається **ворсинчаста оболонка** (хоріон). У цей час ворсинки вкривають всю поверхню хоріона. Згодом плодове яйце, збільшуючись, виступає в порожнину матки, ця поверхня втрачає контакт зі слизовою оболонкою, а, отже, і трофічну функцію, тому ворсинки тут, ставши недоцільними, зникають, хоріон стає гладеньким. На тій частині хоріона, що прилягає до матки, ворсинки розростаються, розгалужуються, - тут починається формування **плаценти**.

Отже, після запліднення, впродовж перших двох тижнів, запліднену яйцеклітину ми називаємо **плодовим яйцем**. З третього тижня настає ембріональний період. Проходить диференціювання оболонок, ріст **ембріона**. З 10-го тижня після останньої менструації, або через 8 тижнів після запліднення ембріональний період закінчується. З цього моменту зародок називається **плодом**.

У цей час плід оточений навколоплодовими водами і трьома оболонками, дві з яких - водна (amnion) та ворсинчаста (chorion) - належать плоду, а одна - децидуальна (decidua) - матері (рис. 8.4.).

Децидуальною оболонкою називають видозмінений у зв'язку з вагітністю ендометрій. Цю оболонку називають ще відпадаючою, оскільки після народження плода вона разом з іншими оболонками відокремлюється від матки і народжується.

Ворсинчаста оболонка розвивається з трофобласта. Хоріон спочатку вкритий ворсинками суцільно, на всій поверхні, згодом ворсинки залишаються лише на його частині, зверненій до матки, де розвивається плацента.

Водна оболонка - внутрішня, найближча до плода тонка оболонка. Епітелій водної оболонки бере участь в утворенні навколоплодових вод.

Плацента. Наприкінці вагітності діаметр плаценти сягає 15-20 см, товщина - 2-3 см, маса - 500-600 г. Плацента розміщується переважно на передній чи задній стінці матки в ділянці її тіла.

Плацента має дві поверхні - **материнську**, що прилягає до стінки матки, і **плодову**, вкриту амніотичною оболонкою, під якою від периферії плаценти до місця прикріплення пуповини йдуть судини. Материнська поверхня плаценти має сірувато- червоний колір. Вона поділена на частинки (котиледони).

Функції плаценти:

- **трофічна** – з крові матері плід отримує кисень та необхідні поживні речовини;
- **видільна** – у кров матері виводяться продукти обміну та вуглекислота;
- **ендокринна** - плацента є тимчасовою залозою внутрішньої секреції. В ній утворюються гормони;
- **бар'єрна** - плацента гальмує перехід до плода деяких речовин та мікроорганізмів. На жаль, ця функція обмежена: алкоголь, нікотин, наркотичні речовини проходять через плаценту і можуть чинити шкідливий вплив на плід.

Упродовж вагітності мати, плацента і плід є єдиною функціональною системою. Плацента і плід утворюють фетоплацентарний комплекс. Деякі функції плацента і плід виконують спільно, зокрема, естрогени синтезуються не лише плацентою, а й наднирковими залозами плода, тому зниження екскреції цих гормонів із сечею свідчить про порушення стану плода.

Пуповина - канатик завдовжки близько 50 см, діаметр якого дорівнює 1-2 см, що з'єднує тіло плода і плаценту. У ній проходять 2 артерії, що несуть венозну кров від плода до

плаценти, і вена, якою артеріальна кров іде від плаценти до плода. Прикріплення пуповини до плаценти може бути центральним (посередині плаценти), боковим (по периферії плаценти), крайовим (по краю плаценти) і дуже рідко - оболонковим.

Послід є сукупністю плаценти, пуповини, оболонок (амніотичної, ворсинчастої, децидуальної).

Навколоплодові води містяться в порожнині амніона. Продукція вод починається з дванадцятого дня гестації. В терміні вагітності 36-38 тижнів їх кількість досягає максимуму – 1-1,5 л, після 38 тижня води починають всмоктуватися, об'єм амніотичної порожнини зменшується.

Функції навколоплодових вод:

- створюють умови для вільного росту і розвитку плода та його рухів;
- захищають плід від несприятливих впливів;
- захищають пуповину від стиснення між тілом плода та стінкою матки. Під час пологів нижній полюс амніотичної оболонки (плодового міхура), заповнений навколоплодовими водами, сприяє нормальному перебігу періоду розкриття шийки матки.

Будова та розміри голівки та тулуба плоду

Голівка зрілого плода є найоб'ємнішою його частиною. Череп новонародженого складається з двох частин: **лицевої та мозкової**. Кістки лицевої частини міцно з'єднані між собою. Кістки мозкової частини сполучені фіброзними перетинками - швами. В ділянці з'єднання швів утворюються тім'ячка - широкі ділянки сполучної тканини. Завдяки такій будові голівка плода в процесі пологів може змінювати свою форму, оскільки шви та тім'ячка дозволяють кісткам черепа заходити одна за одну і в такий спосіб пристосовуватись до пологових шляхів матері.

Мозкова частина черепа складається із семи кісток: **двох тім'яних, двох лобних, двох скроневих та однієї потиличної**. Вони з'єднані:

- стрілоподібним швом - між двома тім'яними кістками;
- лобним - між двома лобними кістками;
- вінцевим - між лобними та тім'яними кістками;
- потиличним, або лямбдоподібним, швом - між потиличною та тім'яними кістками.

Місця перетину швів називають **тім'ячками**. Практичне значення мають велике та мале тім'ячка. Велике тім'ячко має форму ромба, розміщене у місці перетину вінцевого, лобного та стрілоподібного швів. Його розміри 2x1,5 см. Мале тім'ячко міститься у ділянці перетину потиличного та стрілоподібного швів. Воно трикутної форми і має розміри 0,5x0,5 см.

Стрілоподібний шов, мале та велике тім'ячка є основними розпізнавальними пунктами на голівці, які дозволяють при вагінальному дослідженні під час пологів діагностувати вид передлежання.

Голівка доношеного плода має такі розміри:

- **малий косий** - відстань від переднього кута великого тім'ячка до підпотиличної ямки (становить 9,5 см, обвід голівки по ній - 32 см);
- **середній косий** - відстань від межі волосистої частини лоба до підпотиличної ямки (становить 10 см, обвід голівки по ній - 33 см);
- **великий косий** - відстань від підборіддя до потиличного горба (вона становить 13-13,5 см, обвід голівки по ній - 38-42 см);
- **прямий** - відстань від надперенісся до потиличного горба (становить 12 см, обвід голівки - 34 см);
- **вертикальний, або прямовисний** - відстань від під'язикової кістки до середини великого тім'ячка (становить 9,5-10 см, обвід голівки по ній - 32 см);
- **малий поперечний** - відстань між найвіддаленішими точками вінцевого шва (становить 8 см);
- **великий поперечний** - відстань між найвіддаленішими точками тім'яних горбів (становить 9-9,5 см).

На тулубі плода розрізняють також розміри плічок - *поперечник плечового пояса* -12 см (обвід по ньому становить 34-35 см) та *розмір тазової частини* - 9-9,5 см (обвід 27-28 см).

За 280 діб (10 акушерських місяців) із заплідненої яйцеклітини розвивається зрілий плід.

Розвиток плоду. Ознаки зрілості плоду.

У 22 тижні вагітності (зі 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) плід має довжину 25 см, масу 500 г. Він вважається недоношеним, але життєздатним. У такого плода ще недостатньо розвинена підшкірно-жирова клітковина, шкіра зморшкувата, покрита «сироподібною» змазкою (речовиною) і пушковими волосинками по всьому тілі. Хрящі носа і вух м'які, нігті не доходять до кінців пальців. У хлопчиків яєчка ще не опустились у мошонку, а у дівчаток великі статеві губи не прикривають малих. Плід, що народжується у цьому терміні, дихає.

На кінець десятого місяця дитина доношена, зріла. Маса дитини досягає понад 2500 г, довжина - понад 47 см.

У першій половині вагітності довжина плода відповідає кількості місяців, піднесений до квадрату, з 6 місяця - кількості місяців, помноженій на 5 (формула Гаазе).

Стосовно маси тіла плода, то на 6 і 7 місяці вона подвоюється, порівняно з попереднім місяцем. На 9 і 10 місяцях маса тіла зростає в середньому на 800 г.

У пізні терміни для визначення маси внутрішньоутробного плода використовують ультразвукову фетометрію, а також користуються різноманітними формулами (календар Гулюка, формула Вольського, формула Якубової тощо).

Про зрілість новонародженого судять за сукупністю ознак. Довжина доношеного новонародженого в середньому становить 50-52 см (48 см і більше), маса тіла - 3200-3500 г (2500 г і вище). Довжина плода є більш сталою величиною, тому вона чіткіше відображає ступінь зрілості. Новонароджені, що мають зріст від 45 до 47 см (включно), оцінюються щодо зрілості неонатологами й акушерами разом на основі старанного аналізу усіх ознак.

У зрілого плода опукла грудна клітка, пупкове кільце посередині між верхнім краєм лобкового симфізу і мечоподібним відростком. Шкіра зрілого новонародженого блідо-рожева, підшкірна жирова клітковина добре розвинена, на шкірі — лише залишки «сироподібною» змазки; пушок залишається тільки на плечах і верхній частині спини, волосся на голові досягає 2 см; нігті виходять за кінчики пальців. Хрящі носа та вух пружні. У хлопчиків яєчка опущені в мошонку, у дівчаток малі статеві губи прикривають великі. Рухи зрілого плода активні, крик гучний. Малюк голосно кричить, добре смочче.

Діагностувати вагітність — означає встановити факт вагітності та її термін. Діагноз вагітності ґрунтується на підставі скарг, анамнезу, об'єктивних даних: загального огляду, спеціального зовнішнього і внутрішнього (бімануального піхвового) акушерських досліджень, лабораторних, біологічних, імунологічних, ультразвукового, фоно- й електрокардіографічного методів обстеження.

Діагностика вагітності ранніх термінів

У ранні терміни діагноз вагітності встановлюють на основі оцінки комплексу сумнівних та ймовірних ознак.

Сумнівні (гадані) ознаки з'являються у вагітних з огляду на загальні зміни в організмі й проявляються суб'єктивними відчуттями. До них належать:

- зміни смаку (відраза до певних видів страв - жирних, м'ясних тощо, підвищена схильність до споживання кислоти та солоної їжі);
- диспептичні розлади (нудота, частіше зранку, блювання);
- зміни нюху (відраза до запаху парфумів, тютюнового диму тощо);
- емоційна лабільність (зміни настрою, дратівливість, збудження, депресія);
- пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, сосків, навколососкових ділянок.

Такі симптоми бувають не лише у вагітних, але й при іншій патології, тому за ними можна тільки припустити наявність вагітності.

Ймовірні (вірогідні) ознаки — це об'єктивні зміни з боку статевих органів і молочних залоз. До них належать:

- припинення менструації;
 - збільшення молочних залоз і виділення молозива із сосків;
 - ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки;
 - збільшення матки, розм'якшення в ділянці перешийка, ущільнення матки під впливом механічного подразнення, асиметрія (що зумовлено імплантацією плодового яйця).
- Серед додаткових методів діагностики вагітності ранніх термінів розрізняють біологічні, імунологічні, ехографічні та інші.

Діагностика вагітності пізніх термінів

У другій половині вагітності з'являються **достовірні** (несумнівні, певні) ознаки - кожна з них, зокрема, вказує на наявність плода в матці:

- визначення частин плода (голівка, тазовий кінець, дрібні частини) при пальпації живота жінки (прийоми Леопольда);
- відчуття рухів плода самою вагітною та рукою акушера під час пальпації живота (першовагітні відчують рухи плода на 19-20 тиждень, а повторновагітні - на 17-18 тиждень). За нормального стану плода вагітна зазвичай відчуває більше, ніж 4 рухи за годину;
- вислуховування серцевих тонів плода;
- ультразвукове підтвердження вагітності;
- електро- і фонокардіографія плода;

Методика обстеження вагітних

Анамнез

Анамнез (у перекладі з грецької- спогад, нагадування) - сукупність відомостей про виникнення і перебіг захворювання. При обстеженні вагітних детально з'ясовують акушерський анамнез. Отримані дані заносять в індивідуальну карту вагітної і породіллі. Розпитування проводиться за певною схемою:

1. Паспортні дані Прізвище, ім'я, по батькові, вік, професія, місце роботи, адреса.

2. Причини, що змусили жінку звернутися за медичною допомогою (припинення менструації, кров'яністі виділення, збільшення частоти сечовипускання, набухання молочних залоз, болі в животі чи попереку, набряки та ін.).

3. Сімейний анамнез. Спадковість: психічні захворювання, алкоголізм, наркоманія, вади розвитку та інші захворювання, які можуть успадковуватися або чинити несприятливий вплив на розвиток плода.

4. Перенесені раніше захворювання. Рахіт як причина деформації кісток таза; патологія носоглотки; інфекційні захворювання, які можуть впливати на перебіг вагітності, хвороби печінки, нирок, серця, легень.

5. Менструальна функція:

- вік менархе (першої менструації);
- термін встановлення регулярної менструальної функції;
- тривалість циклу;
- тривалість менструації;
- тип менструації - болючість, циклічність, регулярність;
- об'єм крововтрати;
- чи змінився характер менструацій після початку статевого життя, пологів, абортів;
- дата першого дня останньої менструації;
- наявність міжменструальних кровотеч.

6. Секреторна функція:

- наявність виділень зі статевих шляхів;
- їх кількість, характер (кров'яністі, гнійні, слизові, водяністі).

7. Статева функція:

- вік початку статевого життя;
- який шлюб і його тривалість;
- здоров'я чоловіка (алкоголізм, туберкульоз, гонорея, сифіліс);

- застосування контрацептивів, тривалість, ефективність.

8. Дітородна (генеративна, репродуктивна) функція, або **акушерський анамнез:**

- кількість вагітностей;
- результат кожної вагітності: пологи, аборт, позаматкова вагітність, багатоплідна вагітність, мертвонародження, особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду;
- кількість живих дітей, їх маса при народженні, особливості розвитку.

9. Гінекологічні захворювання, операції на органах таза.

10. Перебіг даної вагітності.

11. Рухи плода:

- дата перших рухів плода;
- інтенсивність і частота рухів.

Об'єктивне обстеження

А. Загальне обстеження

1. Огляд:

- чи відповідає загальний вигляд вагітної її віку;
- зріст;
- будова тіла;
- шкіра (колір, пігментація, висипання, набряки);
- стан підшкірної жирової клітковини;
- форма живота (овоїдний, відвислий), стан черевного пресу;
- стан молочних залоз (розвиток, форма сосків - опуклі, плоскі, втягнуті, виділення із сосків, наявність рубців та ін.).

2. Дослідження внутрішніх органів і систем організму:

- вимірювання зросту, маси, температури тіла;
- визначення стану серцево-судинної, дихальної, травної, сечовивідної, нервової, ендокринної систем проводиться за допомогою пальпації, аускультатії за загальноприйнятими методиками.

Б. Спеціальне акушерське обстеження

Проводиться за наступною схемою:

- **Огляд зовнішніх статевих органів.**
- **Дослідження за допомогою дзеркал.**
- **Мануальне дослідження.**
- **Бімануальне дослідження.**

Ознаки ранніх термінів вагітності, що визначаються при бімануальному дослідженні:

- **Ознака Горвіца-Гегара:** розм'якшення перешийка матки, що дає змогу при дворучному дослідженні зблизити кінчики пальців.
- **Ознака Снегір'ова:** легка мінливість консистенції матки: під час дворучного дослідження матка внаслідок механічного подразнення скорочується і стає щільнішою, після припинення подразнення знову розм'якшується.
- **Ознака Піскачека:** у ранні терміни вагітності нерідко визначається асиметрія матки, в одному з її рогів (місце імплантації плодового яйця) з'являється куполоподібне випинання.
- **Ознака Губарєва:** легке зміщення шийки матки, що зумовлене розм'якшенням її перешийка.
- **Ознака Гентера:** значна антефлексія матки внаслідок розм'якшення її перешийка, а також утворення гребенеподібного виступу на передній поверхні матки по середній лінії.

При розпізнаванні вагітності не слід задовольнятися одним із зазначених симптомів, потрібно враховувати їх сукупність і дані анамнезу.

Розміщення частин плоду в порожнині матки.

Акушерська термінологія

У першому, другому, на початку третього триместрів вагітності, коли навколоплодових вод відносно багато, а розміри плода порівняно невеликі, його розміщення в порожнині матки доволі варіабельне. В останні 2-3 місяці вагітності положення плода стає більш стійким і зберігається до його народження. Для характеристики розміщення плода у матці користуються спеціальними термінами.

Членорозміщення - це співвідношення окремих частин плода (голови, кінцівок, тулуба). Фізіологічним вважається згинальне членорозміщення плода, коли тулуб зігнутий, голівка нахилена до грудної клітки, верхні кінцівки схрещені на грудях, ніжки зігнуті в колінних і кульшових суглобах і притиснуті до живота.

Положення плода - це відношення осі плода до вертикальної осі матки.

Вісь плода — це умовна лінія, що проходить від потилиці до куприка. Розрізняють поздовжнє, косе і поперечне положення.

Поздовжнє положення - вісь плода збігається з вертикальною віссю матки.

Поперечне положення - вісь плода перетинається з віссю матки під прямим кутом.

Косе положення плода - вісь плода перетинається з віссю матки під гострим кутом.

Позиція плода - розташування спинки плода щодо правого або лівого боків матки. Розрізняють першу та другу позиції.

Перша позиція — спинка плода обернена до лівого боку матки.

Друга позиція — спинка плода обернена до правого боку матки.

При поперечних і косих положеннях плода позицію визначають за голівкою.

Вид позиції - відношення спинки плода до передньої чи задньої стінки матки. Розрізняють передній та задній вид. При передньому виді спинка плода обернена до передньої стінки матки, при задньому - до задньої.

Передлежання плода - розташування крупної частини плода (голівки чи таза) щодо площини входу в таз. Відповідно розрізняють головне і тазове передлежання.

Передлегла частина - це частина плода, що розміщена ближче до входу в малий таз і першою проходить через пологові шляхи. Якщо при головному передлежанні найнижче розміщується потилиця, то таке передлежання називається потиличним.

Зовнішнє акушерське дослідження за допомогою прийомів Леопольда Левицького

При зовнішньому обстеженні вагітних і роділь для визначення розташування плода в матці застосовують пальпацію, яку проводять послідовно, використовуючи 4 прийоми, запропоновані Леопольдом і Левицьким.

Вагітна лежить на твердій кушетці на спині. Той, хто досліджує, стає (або сідає) праворуч від вагітної обличчям до її обличчя.

I прийом - визначають висоту стояння дна матки та частину плода, що розташовується в ній.

II прийом – визначають положення, позицію та вид позиції плода.

III прийом – визначають передлежання плода.

IV прийом – визначають відношення передлеглої частини плода до площини входу в малий таз.

Вислуховування серцебиття плода

Визначення серцевих тонів за допомогою ультразвукового апарата стає можливим після 8 тижня вагітності. Акушерським стетоскопом серцева діяльність плода визначається з початком другої половини вагітності.

Вагітна займає положення лежачи на кушетці на спині з витягнутими ногами та оголеним животом. Стетоскоп ставлять у місце найбільш чіткого вислуховування серцебиття плода перпендикулярно до передньої черевної стінки. Один кінець лійки стетоскопа щільно притиснутий до живота вагітної, до другого кінця стетоскопа прикладають вушну раковину (в момент вислуховування стетоскоп руками не тримати). Серцебиття найвиразніше прослуховується з боку спинки плода, а при лицьовому передлежанні з боку грудної клітки (ліворуч при першій позиції, праворуч - при другій позиції, при головному передлежанні -

нижче пупка при тазовому - вище пупка). Частота серцевих скорочень плода 120 -140 уд/хв. Тони серця подвійні, ритмічні, не збігаються з пульсом вагітної.

Вимірювання обводу живота та висоти стояння дна матки

Для дослідження застосовують сантиметрову стрічку. Вагітна займає положення лежачи на спині, з оголеним животом, випрямленими і зведеними разом ногами. Сечовий міхур і пряма кишка повинні бути спорожнені.

Щоб визначити висоту стояння дна матки, правою рукою фіксують початок сантиметрової стрічки до середини верхнього краю лобкового зчленування. Стрічку розміщують по середній лінії живота. Лівою рукою визначають висоту стояння дна матки і зазначають шукану величину.

Для вимірювання обводу живота початок сантиметрової стрічки беруть у ліву руку протягують стрічку під спиною вагітної на рівні задньоверхніх остей клубових кісток, перехоплюють її правою рукою і вимірюють обвід живота вагітної на рівні пупка.

Визначення терміну вагітності, дати пологів та декретної відпустки

При встановленні терміну вагітності та дати пологів слід враховувати такі показники:

- *Величина матки.*
- *Дата 1-го дня останньої менструації.*
- *Дата одноразового статевого акту.*
- *Дата овуляції.*
- *Дата першого відчуття рухів плода вагітною.*
- *Дані ультразвукового дослідження.*

Декретна відпустка видається у 30 тижнів вагітності на 126 днів(70 днів до пологів та 56 – після пологів).

Ведення вагітних у жіночій консультації

Вагітна жінка має бути взята на облік у жіночій консультації до 12 тижнів вагітності. До цього терміну вагітності повинні бути проведені всі необхідні обстеження, які дадуть можливість виявити ускладнення вагітності та діагностувати екстрагенітальні захворювання, при яких вагітність доношувати недоцільно або ризиковано. Питання про переривання вагітності, за медичними показаннями слід вирішити до 12 тижнів вагітності. Якщо жінка бажає доношувати вагітність за наявності ускладнень або супутніх захворювань, то раннє виявлення захворювання дасть можливість своєчасно призначити адекватне лікування.

Об'єм необхідних обстежень:

1. Загальний аналіз крові (при взятті на облік, у 2-3 триместрах, при виявленні відхилень - лікування).
2. Загальний аналіз сечі (при взятті на облік, при кожному відвідуванні акушерки жіночої консультації).
3. Група крові, резус-фактор крові (при взятті на облік). При резус-негативній крові - визначення титру антитіл у першій половині вагітності щомісячно, у другій половині - двічі на місяць.
4. Аналіз крові на (при взятті на облік, в 1 і 2 триместрах).
5. Аналіз крові на ВІЛ-інфікування (при взятті на облік, в 2-3 триместрах).
6. Біохімічний аналіз крові (при взятті на облік).
7. Бактеріоскопічне дослідження вагінального вмісту (ступінь чистоти).
8. Бактеріологічне дослідження мазка з носа, піхви на наявність патогенної флори.
9. Флюорографічне обстеження всіх дорослих членів сім'ї вагітної.
10. УЗД-обстеження в 16-18 тижнів, в 25-26 тижнів.
11. Огляд терапевта, стоматолога, ЛОР-фахівця, окуліста (при взятті на облік, у 3 триместрі).
12. Кардіотахографія у 30, 36, 40 тижнів вагітності.

При взятті вагітної жінки на облік необхідно виміряти зовнішні розміри таза. Слід визначити висоту стояння дна матки, якщо термін вагітності більший, ніж 16-18 тижнів.

Артеріальний тиск у вагітних вимірюють обов'язково на обох руках при кожному відвідуванні. Слід перевірити наявність набряків на нижніх кінцівках, провести зважування вагітної при взятті на облік та при кожному відвідуванні лікаря жіночої консультації.

Вагітна жінка при фізіологічному перебігу вагітності повинна відвідувати жіночу консультацію щомісяця в першій половині вагітності, двічі на місяць - до кінця другого триместру, 4 рази на місяць у третьому триместрі.

Вплив шкідливих факторів на плід

Шкідливі фактори зовнішнього середовища можуть негативно відобразитись на розвитку плодового яйця. Їх пошкоджувальний вплив проявляється по-різному, залежно від термінів вагітності, при яких вони діють.

Періоди, коли плодове яйце найчутливіше до шкідливих факторів, називаються **критичними**. Найвища чутливість до шкідливих факторів виявляється під час імплантації (7-8 день ембріогенезу) та в період плацентації (із 3 до 8 тижня), що збігається з етапом органогенезу. Одні й ті ж пошкоджувальні чинники в різні періоди можуть призвести до різних наслідків і навпаки, різні фактори, діючи в один і той же період, можуть дати однакові пошкодження.

У період ембріогенезу дія шкідливих факторів найчастіше проявляється тим, що зародок або гине, або відбувається викидень. Якщо ж шкідливі чинники діють під час органогенезу - це призводить до порушення диференціювання того чи іншого органа (залежно від того, у якому терміні вагітності жінка зазнає впливу цих факторів). Якщо дія шкідливих чинників тривала, можуть спостерігатись множинні вади розвитку плода. Ці пошкодження називають ембріопатіями. Якщо шкідливі фактори діють пізніше, коли органи вже сформовані й відбувається дозрівання функціональних систем плода, виникають фетопатії.

Так, при діабеті виникає діабетична фетопатія, що проявляється макросомією (великою масою плода), кардіоміопатією, порушенням процесів обміну. При вживанні алкоголю - алкогольна фетопатія, що має характерну симптоматику - мала маса тіла, мікроцефалія, підвищена судомна готовність, затримка психомоторного розвитку. Інколи вади несумісні з життям і плід гине внутрішньоутробно, в деяких випадках спостерігаються вади лише окремих органів, діти народжуються живими і можуть жити довго.

Профілактика вад розвитку

Усі вагітні жінки, що працюють в умовах, де є дія шкідливих факторів, одразу ж після встановлення факту наявності вагітності повинні бути переведені на іншу роботу, не пов'язану із шкідливими чинниками. Важливими є профілактика й лікування наркоманії та алкоголізму. Слід дуже ретельно зважувати необхідність і можливість вживання вагітними жінками медикаментів.

З метою своєчасного виявлення вад розвитку вагітним проводять ультразвукове дослідження плода. Крім того, всі вагітні жінки, в анамнезі яких були викидні, народження дітей з аномаліями розвитку, а також у віці після 35 років повинні пройти генетичне обстеження в ранні терміни вагітності.

Одним з методів запобігання вродженим вадам розвитку плода є метод прекоцепції, що включає в себе сукупність методів обстеження та профілактичних заходів до настання вагітності - медико-генетичне консультування, визначення оптимального часу запліднення, раціональне харчування, відмову від вживання алкоголю та куріння, санацію хронічних вогнищ інфекції, виключення дії негативних виробничих та побутових факторів.

Література

1. *Грищенко В.І., Щербина М.О.* Акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009.
2. *Назарова І.В.* Невідкладні стани в акушерстві: навч. посіб. - К.: Медицина, 2008.
3. *Назарова І.Б.* Медсестринство в акушерстві: підручник. - К.: Медицина, 2008.
4. *Назарова І.Б., Самойленко В.Б.* Фізіологічне акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009.
5. *Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М.* Акушерство: підручник. - Тернопіль: Підручники і посібники, 2008.