ОЗНАКИ ЗРІЛОСТІ ПЛОДА. РОЗМІРИ ГОЛІВКИ І ТУЛУБА ЗРІЛОГО ПЛОДА

Поняття зрілості плода визначається рядом харак­терних ознак: строком вагітності і показниками фізичного розвитку плода, що забезпечують його внутрішньоутробне існування.

Плід, який народився відповідно до строків, найчастіше вважають зрілим. Дані про тривалість вагітності суперечли­ві. Проте в більшості випадків вагітність триває 10 аку­шерських (місячних) місяців, тобто 280 діб (1 місячний місяць дорівнює 28 добам), якщо її початок визначати від 1-го дня останньої менструації (або 9 календарних місяців).

Дітей, які народилися в період від 38 до 42 тиж, вва­жають доношеними; вони мають всі ознаки фізичного роз­витку, характерні для зрілого плода.

Довжина (зріст) зрілого доношеного плода — 47—55 cm і більше, в середньому 50—52 см. Маса тіла зрілого плода становить 2500 — 4000 г і більше, а в середньому — 3200— 3500 г. Слід визнати, що довжина плода є величиною більш постійною, ніж маса тіла, і правильніше відповідає строко­ві вагітності, а також ступеню зрілості плода. На практиці нерідко трапляються випадки невідповідності строку вагіт­ності ступеню зрілості плода. Іноді доношений плід має ознаки незрілості (завдовжки менше як 47 см, а маса тіла — 2500 г і менше), і, навпаки, дитина, що народилася дещо раніше строку (раніше ніж 38 тиж), може бути зрілою. Такий стан часто зумовлюється шкідливими факторами зовнішнього впливу (умови праці, побуту), а також станом здоров'я матері (екстрагенітальні захворювання, усклад­нення вагітності тощо).

Окрім маси тіла і довжини плода про його зрілість роблять висновок і за іншими об'єктивними ознаками. У зрілого (доношеного) плода груди опуклі, пупкове кільце розташоване посередині між мечовидним відростком і лобком; шкіра блідо-рожева, має добре розвинуту під­шкірну основу. На шкірі є залишки сироподібної речови­ни. Пушок є лише на плечах і верхній частині спини; дов­жина волосся на голівці може досягати 2 см, нігті заходять за нігтьові фаланги. Вушні і носові хрящі пружні. У хлоп­чиків яєчки опущені в мошонку, у дівчаток малі статеві губи і клітор прикриті великими статевими губами. Зрілий ново­народжений активно рухається, голосно кричить, очі в нього відкриті. Добре ссе груди. М'язовий тонус і рухи мають достатню силу.

Голівка зрілого плода.

Голівка плода складається з лицьової і мозкової частин. Лицьова частина черепа відносно невелика, і її кістки між" собою з'єднані досить міцно. Мозкова складається з 7 кі­сток: дві лобові, дві скроневі, дві тім'яні і одна потилична кістка (мал. 12,13). Кістки мозкової частини черепа з'єдна­ні між собою фіброзними перетинками — швами. Завдяки цьому кістки мають змогу в процесі пологів дещо зміщувати­ся відносно одна одноЙРозрізняють *такі* шви: 1) стрілопо­дібний (між двома тагяними кістками); 2) лобовий (між двома лобовими кістками); 3) вінцевий (між лобовими і тім'яними кістками); 4) потиличний, або ламбдоподібний (між потиличною і тім'яними кістками).

Місця перетину швів називають тім'ячками. Практичне значення мають велике і мале тім'ячки. Велике (переднє) тім'ячко має форму ромба, розташоване в місці перетину вінцевого, лобового і стрілоподібного швів. Його розміри 2 cm X 1,5 см. Мале (заднє) тім'ячко міститься там, де перетинаються стрілоподібний і потиличний шви. Воно має трикутну форму і розмір 0,5 см X 0,5 см.

Стрілоподібний шов, велике і мале тім'ячки здебільшого є тими розпізнавальними пунктами, які відіграють важливу роль у діагностиці головного переддежання при піхвовому дослідженні під час пологів.

**Розміри голівки і тулуба зрілого** плода. Голівка до­ношеного плода має такі розміри:

1) прямий — відстань від перенісся до потиличного гор­ба (вона дорівнює 12 см, окружність голівки при цьому ста­новить 34 см);

2) великий косий — відстань від підборіддя до потилич­ного горба (вона дорівнює 13—13,5 см. Окружність го­лівки — 38—42 см);

3) малий косий — відстань від підпотиличної ямки до переднього кута великого тім'ячка (вона дорівнює 9,5 см, окружність голівки — 32 см);

4) середній косий — відстань від підпотиличної ямки до межі волосистої частини лоба (вона дорівнює 10 **см,** окруж­ність голівки — 33 см);

5) вертикальний, або прямовисний,— відстань від під'язикової кістки до центра великого тім’ячка (вона дорівнює 9,5 см, окружність голівки – 32 см)

6) малий поперечний – відстань між віддаленими точками вінцевого шва (вона дорівнює 8 см);

7) великий поперечний – відстань між найбільш віддаленими точками тім’яних горбів (вона дорівнює 9 – 9,5 см).

На тулубі зрілого плода розрізняють:

розмір плічок – поперечник плечового пояса – 12 см;

окружність плечового пояса – 35 см;

поперечний розмір сідниць – 9 – 9,5 см; окружність – 28 см.

ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ

Діагностика вагітності здійснюється на підставі скарг, даних анамнезу, загального огляду, спеціального зовнішнього і внутрішнього (піхвового) акушерського дос­ліджень і даних додаткових методів дослідження.

Залежно від строку вагітності ознаки поділяють на сум­нівні, ймовірні і достовірні (безсумнівні).

У ранні строки діагноз вагітності встановлюють на основі сумнівних та ймовірних ознак. *Сумнівні суб'єктивні ознаки вагітності:* нудота (особливо вранці), блювання, зміни апетиту, зіпсуття смаку, зміна нюхових відчуттів (відраза до різноманітних запахів), підвищена втомлюваність, дратівливість, сонливість. До сумнівних ­ об'єктивних ознак належать: збільшення живота, пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, поява рубців вагітності на шкірі живота.

**Ймовірні ознаки вагітності** - це об'єктивні зміни з боку статевих органів та молочних залоз. До них належать: припинення менструації, ворушіння плода, збільшення молочних залоз і виділення молозива із сосків, розпушення і ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки, зміна величини, форми і консистенції матки.

Зміни в матці виявляють під час піхвового досліджен­ня. Однак і перед цим у будь-який строк вагітності огля­дають слизову оболонку піхви і шийки за допомогою дзер­кал. При цьому визначають колір слизової обо­лонки, її стан, а також наявність різних патологічних змін (поліпи, ерозія шийки тощо).

Основні ознаки, що вказують на зміну форми і конси­стенції матки у зв'язку з вагітністю, виявляють під час піхвового дослідження. Збільшення матки може бути по­мітним з 5—6-го тижня. Для вагітності характерні розм'як­шення матки, особливо навколо перешийка, деяка рухли­вість, зміна консистенції, зростання одного з кутів матки.

У деяких випадках діагностика вагітності в ранні строки може грунтуватися на даних лабораторних методів дослі­дження. За допомогою біологічного методу (на жабах, кро­лицях, нестатевозрілих білих мишах), використовуючи сечу вагітних, можча точно встановити діагноз. Іноді вдаються до імунологічних проб на вагітність із засто­суванням спеціальних діагностикумів.

Останнім часом для достовірної діагностики вагітності в ранні строки або уточнення строку широко використо­вується метод ультразвукового сканування.

*Достовірні ознаки* вагітності безсумнівно свідчать про наявність плода в матці. До них належать: визначення частин плода, відчуття його ворушіння, вислуховування серцевих тонів плода.Широке використання електро- і фо­нокардіографії, ультразвукового сканування також дають змогу точно визначити наявність вагітності.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАГІТНИХ І РОДІЛЬ

Методику дослідження в цьому разі розуміють як послідовність, з якою обстежують вагітну. Це дає змогу визначити наявність вагітності, строк надання допологової відпустки і строк пологів, а також виявити несприятливі чинники, які діють на організм матері і плода, намітити правильний план ведення вагітної.

Спочатку з'ясовують паспортні дані, місце роботи і про­фесію (чи є шкідливі фактори виробництва), скарги, за­хворювання, перенесені в дитинстві та зрілому віці, а також під час вагітності; спадкові фактори у жінки та в її чоловіка. Далі звертають увагу на характер специфічних функцій жіночого організму (менструальної, статевої, репродуктив­ної і секреторної), минулі гінекологічні захворювання.

Під час опитування величезне значення має з'ясуван­ня даних про репродуктивну функцію: кількість, перебіг і результат попередніх вагітностей (ускладнення, маса плода, чи були оперативні втручання і післяпологові за­хворювання).

Докладні дані збирають протягом всієї вагітності, уточ­нюють дату першого ворушіння плода.

При загальному об'єктивному дослідженні звертають увагу на зріст, масу тіла, форму живота, стан шкірних пок­ривів, видимих слизових оболонок і молочних залоз. Далі досліджують серцево-судинну та інші системи за загально­прийнятими методиками. Під час об'єктивного дослідження потрібно виявити екстрагенітальні захворювання, які мо­жуть ускладнити перебіг вагітності і пологів.

Спеціальне акушерське дослідження включає зовнішнє, внутрішнє дослідження і додаткові методи (ЕКГ, УЗД, кардіотокографію тощо).

Зовнішнє акушерське дослідження здійснюють шляхом огляду, вимірювання, пальпації та аускультації.

При огляді звертають увагу на форму живота (відвислий або гострий), стан черевного преса, форму крижового ромба (верхівка його відповідає остистому відросткові V поперекового хребця, а нижній кут — верхівці крижа; бічні кути — задньоверхнім остям клубових кісток). При нор­мальних розмірах таза його форма наближується до квадра­та, розміри якого становлять 11 см X 10 см. Під час зовнішнього акушерського дослідження виміри проводять сантиметровою стрічкою і акушерським циркулем (газоміром). Визначають розміри великого таза, на підставі чого можна зробити висновок про величину і форму малого таза. Під час обстеження вагітна повинна лежати на спині. Визначають такі розміри: distantia spinarum — відстань між передньоверхніми остями клубових кісток (25—26 см);

distantia cristarum — відстань між найвідцаленішими точка­ми гребенів клубових кісток (28—29 см); distantia trochanterica — відстань між великими вертелами стегнових кісток (ЗО—31 см;). Зовнішня кон'югата (conjugata externa) — відстань між верхнім кутом попереково-крижового ромба і верхнім краєм лобкового зчленування (20—21 см; мал. 17). Для вимірювання зовнішньої кон'югати жінка повинна лягти на бік, спиною до того, хто її об­стежує, нижню ногу зігнути в колінному і тазостегновому суглобах, а верхню — випростати. Щоб встановити розмір істинної кон'югати (прямий розмір входу в малий таз), слід від значення зовнішньої кон'югати відняти 9 см (тов­щина кісток і тканин).

Щоб визначити товщину кісток таза, сантиметровою стрічкою вимірюють окружність променевозап'ясткового суглоба вагітної (індекс Соловйова). Середня величина його становить 14—15 см.

Вимірявши розміри таза, визначають висоту стояння дна матки і окружність живота. Дослідження виконують, коли вагітна лежить на спині, випроставши ноги. Окруж­ність живота вимірюють сантиметровою стрічкою на рівні пупка. При до­ношеній вагітності і нор­мальних розмірах плода вона дорівнює 95— 100 см. Щоб визначити висоту стояння дна матки, кінець сантиметрової стрічки притискують до середини верхнього краю лобка, а другою рукою натягують стрічку по поверхні живо­та до дна матки. За нормою ця величина становить 35— 36 см. Одержані дані дають змогу зробити висновок про строк вагітності і передбачувану масу плода.

При зовнішньому обстеженні вагітних і роділь визна­чають розташування плода в матці. Для цього потрібні дані про членорозташування плода, його положення, вид позиції і передлежання.

*Членорозташування плода —* це відношення його кінцівок і голівки до тулуба при нормальному членорозташуванні тулуб дещо зігнутий, голівка нахилена до грудної клітки, кінцівки притиснуті до тулуба. *Положення плода —* відношення його поздовжньої осі до поздовжньої осі матки. Розрізняють (найчастіше) поздовжнє, поперечне і коее положення плода.

*Позиція плода —* це відношення його спинки до лівого (І позиція) або правого (II позиція) боку стінки матки.

Вид *позиції —* відношення спинки плода до передньої (передній вид) або задньої (задній вид) стінки матки.

*Передлежання —* відношення великої частини плода (голівка або тазовий кінець) до входу в малий таз. При

поздовжньому положенні плода визначають головне (96— 96,5 % випадків) передлежання, коли до входу в малий таз обернена голівка, і тазове, при якому до входу в малий таз обернений тазовий кінець плода.

Щоб визначити положення плода, його передлежачу частину, вдаються до послідовного застосування 4 прийомів зовнішнього акушерського дослідження.

Перший прийом. За цим прийомом (мал. 19) встановлюють висоту стояння дна матки, визначають, яка частина плода знаходиться біля дна матки, а також строк вагітності. З цією метою долоні обох рук розташовують у ділянці дна матки, щільно охоплюючи її, і, обережно натискуючи на дно, встановлюють висоту стояння дна матки і яка частина плода визначається в ній.

Другий прийом. За цим прийомом (мал. 20) визначають положення плода, позицію та її вид. Обидві руки розміщують на бічних поверхнях матки на рівні пупка. Обережно натискують долонями і пальцями обох рук (по­чергово) на бічні стінки матки. При поздовжньому положен­ні плода з одного боку промацується більш щільна і гладень­ка частина (спинка), з протилежної — дрібні частини пло­да. За розташуванням спинки і її відношенням до стінки матки визначають позицію та її вид.

Третій прийом. За цим прийомом (мал. 21) визначають передлежачу частину плода і її відношення щодо входу в малий таз. З цією метою однією рукою (най­частіше правою) захоплюють передлежачу частину вище лобка. Голівка промацується як щільна й округла частина, що має виразні контури. При тазовому передлежанні про­мацується велика м'якувата частина, що не має чітких кон­турів, круглої форми. При високорозташованій голівці визначають чітке «балотування», чого немає при тазовому передлежанні.

Четвертий прийом. Цей прийом (мал. 22) є доповненням третього прийому, він дає змогу визначити не тільки характер передлежачої частини, а й рівень її стояння щодо площини входу в малий таз. Методика його вико­нання полягає в тому, що той, хто виконує дослідження, стає обличчям до ніг вагітної, долоні обох рук розміщує на нижньому сегменті матки, за консистенцією уточнює передлежачу частину. Витягнутими пальцями, ковзаючи по передлежачій частині у напрямі до порожнини таза, визна­чають висоту її стояння. Голівка може бути притиснута до входу в малий таз, розташовуватися малим або ве­ликим сегментом у вході в малий таз або не визначатися взагалі (голівка в малому тазі).

Мал. 21. Зовнішнє обстеження вагітної. Третій прийом

Мал. 22. Зовнішнє обстеження вагітної. Четвертий прийом

Мал. 23. Акушерський стетоскоп і газомір

Установивши положення плода, визначають його стан вислуховуванням (аускультацією) серцевих тонів плода за допомогою акушерського стетоскопа. Серцебиття плода можна прослуховувати, починаючи з другої половини ва­гітності. Наприкінці її серцебиття найвиразніше прослухо-вується з боку спинки плода (мал. 23). Окрім частоти серцевих скорочень (за нормою 120—160 за 1 хв) необхід­но визначити їх ритм і звучність тонів.

Під час пологів у міру просування голівки серцебиття плода виразніше прослуховується ближче до лобка, майже по середній лінії живота.

У сумнівних випадках характер серцевої діяльності можна визначити за допомогою ультразвукового дослід­ження або кардіотокографії — зовнішньої або внутрішньої (під час пологів).

Завершальним етапом зовнішнього огляду й обстеження є внутрішнє акушерське дослідження. Його здійснюють на гінекологічному кріслі або на рахманівському ліжку (під час пологів) і обов'язково в рукавичках (мал. 24).

У ранні строки вагітність діагностують на підставі форми, величини і консистенції матки. У другій половиш вагітності і наприкінці її піхвове дослідження здійснюють лише в тих жінок, які прийшли до консультації вперше. В усіх випадках піхвове дослідження закінчують визначен­ням стану крижової западини, кісток таза (чи немає екзо­стозів), а також встановлюють розмір діагональної кон'юга-ти. Діагональна кон'югата — це відстань від нижнього краю лобкового зчленування до мису (промонторіуму). За нор­мою вона дорівнює 13 см (мал. 25). На основі величини діагональної кон'югата відніманням 1,5—2 см визначають величину істинної кон'югати (прямий розмір входу в малий таз). ,3

У більш пізні строки при надходженні вагітної до ста-ціонара внутрішнім акушерським дослідженням визначають стан біологічної готовності жінки до пологів: розташування шийки матки (шийка центрована), її довжину (зменшення на 1,5—2 см), консистенцію (м'яка), прохідність каналу шийки матки (проходить вказівний палець), стан внутріш­нього зіва. Крім того, через склепіння уточнюють перед-лежачу частину та її розташування щодо входу в малий таз. Під час пологів визначають стан м'яких родових шляхів, ступінь розкриття маткового зіва, стан плідного міхура під час перейм і після закінчення їх, характер перед-лежачої частини та її відношення до площин малого таза, розташування стрілоподібного шва, а також малого тім'ячка щодо площини входу в малий таз.

Наприкінці дослідження вимірюють діагональну кон'ю-гату. У роділь внутрішнє акушерське дослідження ви­конують, коли вони прибувають до родопомічних закладів, а далі — за показаннями.

Щоб запобігти інфікуванню родових шляхів і піхви, в пізні строки вагітності внутрішнє акушерське дослідження здійснюють, ретельно додержуючи всіх правил асептики й антисептики (попередня обробка зовнішніх статевих органів йодонатом або 0,5 % розчином хлоргексидину біглюко-нату, обов'язково в рукавичках).

/ ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ /

Діагностуючи вагітність, потрібно застосовувати сучасні методи дослідження. В усіх випадках, коли жінка звертається до жіночої консультації, виникають такі запи­тання: 1) чи є вагітність; 2) який її строк; 3) чи правиль­ний перебіг вагітності і як вона розвивається. До того ж в акушерській практиці часом трапляються ситуації, коли потрібно діагностувати вагітність на ранніх стадіях — для проведення диференціальної діагностики між позаматковою вагітністю і пухлиною придатків; перед виконанням опе­рації штучного переривання вагітності методом вакуум-аспірації в амбулаторних умовах у разі затримання мен­струації не більш як на 20 діб тощо. Останнім часом велику увагу приділяють сучасній діагностиці пренатальної пато­логії плода. Нерідко виникає потреба в додаткових методах дослідження і в породіль.

Сучасні методи діагностики поділяють на біологічні, імунологічні, ехографічні (ультразвукова діагностика) та ін. Біологічні й імунологічні методи грунтуються на визна-

95

ченні в сечі жінки хоріального гонадотропіну (гормона, секретованого хоріоном). Екскреція хоріального гонадотро­піну зростає в міру розвитку вагітності, досягаючи макси­муму в організмі на 9—1,0-му тижні вагітності.

З, біологічних методи^' діагностики ранніх строків ва­гітності можна вдатися до таких, як діагностика на жабах-самцях (за Галлі — Майніні); нестатевозрілих мишах (за Ашгеймом — Цондеком).

Імунологічні методи грунтуються на постановці реакції пасивної гемаглютинації між хоріальним гонадотропіном, що міститься в сечі жінки, і спеціально приготовленою антисироваткою.

Нині значно поширений метод ехографічного до­слідження, він зручний і не потребує тривалого спосте­реження. Ультразвукова діагностика вагітності в ранні стро­ки грунтується на виявленні в порожняві матки плідного яйця, яке можна побачити вже через 2,5—3,5 тиж після зачаття. Строк вагітності в І триместрі встановлюють на підставі довжини ембріона, в більш пізні строки — за пев­ною методикою з використанням даних біпарієтального розміру голівки. Окрім точного визначення строку вагіт­ності цей метод дає змогу діагностувати різні ускладнення, що виникають у І триместрі (позаматкова вагітність, мі-хурне занесення тощо).

Крім того, на ранніх стадіях розвитку вагітності метод ультразвукового сканування широко використовується для виявлення вад розвитку внутрішньоутробного плода і розв'язання питання про можливість доношування вагітно­сті У більш пізні строки до цього методу часто вдаються для діагностики ускладнень вагітності (плацентарна не­достатність, передчасне відшарування нормально розташо­ваної плаценти, переддежання плаценти, ступінь її зріло­сті, резус-конфлікт, вади розвитку плода — гідроцефалія тощо).

Існують також методи діагностики ранніх строків ва­гітності, що грунтуються на тих змінах в організмі, які ви­никли внаслідок впливу гормона прогестерону, секретова­ного жовтим тілом вагітності. До них належать вимірю­вання ректальної температури, дослідження піхвових маз­ків, властивостей цервікального слизу. Хоча точність цих методів значно нижча, ніж біологічних, у деяких випадках вони можуть бути корисними.

Для діагностики фетоплацентарного комплексу в проце­сі вагітності можна використати метод підсумкового визна­чення гормонів, вироблюваних плацентою (хоріальний го-

надотро.пін, плацентарний лактоген, естрогени і прогесте­рон), метод ультразвукової плацентометрії (відповідність її товщини строкові вагітності).

Для комплексної оцінки стану внутрішньоутробного плода під час вагітності, особливо у разі її ускладнень (ге-стоз, переношування тощо), а також під час пологів на практиці широко застосовують кардіотокографію, яка дає змогу оцінити характер серцевої діяльності плода й актив­ність матки, реакцію плода на різні подразники. З метою реєстрації серцевої діяльності плода використовують як зовнішні, так і внутрішні датчики. Крім того, інформацію про стан плода дає дослідження навколоплідних вод, які є зовнішнім середовищем плода, що змінюється залежно від строку вагітності, стану матері і плода. Навколоплідні води досліджують шляхом огляду через канал шийки матки (амніоскопія) або проколу (амніоцентез) через склепіння піхви (трансвагінальний амніоцентез) або через передню черевну стінку (трансабдомінальний амніоцентез).

При амніоскопії (мал. 26) у канал шийки матки вводять спеціальний прилад з оптичним пристроєм — амніоскоп, який дає змогу визначити цілість плідного міхура, характер навколоплідних вод, а також передлежачу частину плода.

Нерідко ускладненням вагітності і пологів є несвоєчасне (передчасне, або допологове) або раннє (на початку по­логів) відходження навколоплідних вод. Розпізнавання їх має велике значення для розв'язання питання про подальше ведення вагітності і пологів. Здебільшого це ускладнення

вдається встановити на основі клінічних методів досліджен­ня: даних анамнезу і результатів піхвового дослідження. Проте часто встановити, чи цілий плідний міхур, досить важко. В таких випадках дзеркалами оголюють задню частину склепіння піхви, беруть вміст стерильною піпеткою, після попереднього забарвлення і висушування його дослід­жують під мікроскопом.

Щоб визначити загрозу переривання вагітності в ранні строки, загрозу передчасних пологів, а також для оцінки біо­логічної готовності організму до пологів широко використо­вують кольпоцитологію — дослідження клітинного епітелію склепінь піхви. Біологічну готовність організму до пологів можна визначити також за допомогою окситоцинового тес­ту, вводячи внутрішньовенне титрований окситоцин і реєст­руючи при цьому скорочення матки.

ВИЗНАЧЕННЯ СТРОКУ ВАГІТНОСТІ, ПОЧАТКУ ДОПОЛОГОВОТ ВІДПУСТКИ ТА ДАТИ ПОЛОГІВ

Строк вагітності та майбутніх пологів найчастіше визначають, грунтуючись на даних анамнезу (даті остан­ньої менструації і першого ворушіння плода), а також об'єктивного дослідження. І хоч справжній строк вагіт­ності вдається встановити не завжди, проте в більшості випадків ці методи цілком придатні для практичних цілей.

Слід пам'ятати, що дату останньої менструації не можна вважати датою початку вагітності, оскільки яйцеклітина від попередньої менструації вже загинула, а наступна овуляція ще не настала. За даними сучасних методів до­слідження, овуляція відбувається за 14 днів до початку менструації. Проте з різних причин, включаючи й статевий акт, овуляція може настати в строки від 8-го до 19-го дня циклу. Ці моменти слід враховувати, визначаючи початок вагітності.

Встановлюючи строк вагітності і пологів, слід врахову­вати і час першого ворушіння плода, яке первородящі від­чувають через 20 тиж, тобто з середини вагітності, а повтор-нородящі—на 2 тиж раніше (через 18 тиж). Проте не можна забувати, що це ознака суб'єктивна, і жінки іноді раніше відчувають ворушіння плода. Відомо, що середня тривалість вагітності дорівнює 280 дням, або 40 тиж (від першого дня останньої менструації).

Для визначення строку вагітності і майбутніх пологів до першого дня останньої менструації додають 280 днів,

98

тобто Х акушерських або 9 календарних місяців, плюс 7 днів. Дату майбутніх пологів встановити простіше: від дати першого дня останньої менструації відраховують назад З календарні місяці і додають 7 днів.

Крім того, передбачуваний строк пологів можна визна­чити за датою овуляції: від першого дня очікуваної, але яка не настала, менструації відраховують назад 14 днів і до цієї дати додають 273 дні.

Якщо строк вагітності і дату пологів визначають за першим ворушінням плода, роблять такий розрахунок: до дати першого ворушіння у первородящих додають 20 тиж, або V акушерських чи 4,5 календарних місяця; у повторно-родящих — 22 тиж, або 5,5 акушерських і 5 календарних мі­сяців.

Визначенню строку вагітності і дати майбутніх пологів допомагають також і дані дослідження піхви на ранніх строках вагітності і зовнішнього огляду в більш пізні строки.

У перші 3 міс строк вагітності встановлюють за вели­чиною матки, яку визначають під час дослідження піхви. Після 3-го місяця матка досягає більших розмірів і ви­ходить за межі малого таза. В таких випадках діагностика строку вагітності грунтується на визначенні висоти стояння дна матки над лобком, а також окружності живота і розмірів плода (спеціальні розрахунки). Слід пам'ятати, що вагіт­ність можна діагностувати вже у 5 тиж, коли матка розм'як­шена і досягає величини курячого яйця.

Наприкінці П акушерського місяця вагітності (8 тиж) величина матки приблизно відповідає розмірам гусячого яйця. Наприкінці III акушерського місяця (12 тиж) — досягає величини голівки новонародженого.

Починаючи з IV місяця, дно матки промацується через передню черевну стінку, і про строк вагітності роблять висновок за висотою його стояння (мал. 27). Наприкінці IV акушерського місяця (16 тиж) воно ротгашовується між лобком і пупком (на 6—7 см вище від лобка).

Наприкінці V акушерського місяця (20 тиж) дно матки розташовується на 1,5—2 поперечних пальці нижче за пу­пок (12—13 см). Вислуховується серцебиття плода. Жінка відчуває, як ворушиться плід.

Наприкінці VI місяця (24 тиж) дно матки опиняється на рівні пупка (20—24 см над лобком).

Наприкінці VII місяця (28 тиж) дно матки розташо­вується на 2—3 пальці вище за пупок (25—28 см).

Наприкінці VIII місяця (32 тиж) дно матки перебу­ває посередині між пупком і мечоподібним відростком

4\*

99

I (30—32 см). Пупок почи­ нає згладжуватися. Окруж­ ність живота на рівні пупка \_'щ дорівнює 80—85 см. \_^ Наприкінці IX місяця

—w (36 тиж) дно матки дохо-

—*w* дить до реберних дуг, пу-\_^і пок згладжений, висота стояння дна матки стано-

—-\1 вить 32—34 см, окружність

—iv живота — 90—95 см.

Наприкінці Х акушер-ії ського місяця дно матки / ;. ; опускається і перебуває між 1{ ^№ • пупком і мечоподібним від-\1 *'Ш'* -;... ростком, пупок випинається. Висота стояння дна матки досягає 35—36 см і більше, окружність живота—96—100 см і більше. Голівка най­частіше фіксується у вході в малий таз. Проте слід пам'ята­ти, що висота стояння дна матки та її окружність при тих самих строках вагітності величини несталі. Вони залежать від розмірів плода, зросту вагітної, маси її тіла, наявності більшої чи меншої кількості вод, багатопліддя та інших чинників.

Тому визначення строку вагітності й дати майбутніх пологів має грунтуватися на сукупності всіх даних: анам­незу (дата останньої менструації, ворушіння плода, строк раннього звертання до лікаря), об'єктивного дослідження та даних ультразвукового сканування.

Тепер відпустка у зв'язку з вагітністю і пологами ста­новить 70 календарних днів до пологів (замість 56) і 56 ка­лендарних днів після пологів (у разі ускладнення пологів або народження 2—3 дітей — 70 днів). Відпустку обчис­люють сумарно і надають жінці повністю, тобто нині жінка має допологову відпустку з 30-го тижня вагітності В усіх випадках це гарантує жінці відпустку тривалістю 126 ка­лендарних днів (70 + 56) або 140 календарних днів (70 + +70). Правовий захист вагітних жінок здійснюють юрис­консульти жіночої консультації, які разо.м з лікарями ви­являють жінок, які потребують правого захисту, і вживають відповідних заходів.

100

ДИСПАНСЕРНИЙ НАГЛЯД ЗА ВАГІТНИМИ У ЖІНОЧІЙ КОНСУЛЬТАЦІЇ

Усі вагітні з ранніх строків повинні перебувати на диспансерному обліку. На всіх жінок, які звернулися до жіночої консультації з приводу вагітності, з метою подаль­шого нагляду за ними заводять індивідуальні картки вагіт­ної і роділлі (форма № 111-у). З 28-го тижня кожній вагітній на руки видають обмінну картку пологового будин­ку, пологового відділення (форма № 113-у).

Медичний персонал лікувальних закладів повинен праг­нути до того, щоб вагітних брали на облік у ранні строки — до 12 тиж. Це дасть змогу точніше встановити строк вагіт­ності, а також розв'язати питання про можливість доно­шування вагітності (у разі екстрагенітальної патології) і скласти план нагляду за вагітною та своєчасного запобіган­ня ускладненням у неї.

Обстеження вагітних у жіночій консультації здійснюєть­ся за місцем проживання (територіально-дільничний прин­цип).

При першому відвідуванні вагітною жіночої консульта­ції (після заповнення форми 111-у) ретельно збирають загальний (соматичний) і акушерський анамнез. Слід виявити екстрагенітальну патологію, що в подальшому може негативно позначитися на перебігу вагітності. Далі здійс­нюють загальний огляд, звертаючи увагу на зріст, масу тіла, стан молочних залоз, і спеціальний—вимірювання розмірів таза, зовнішнє і піхвове дослідження. Перед до^ слідженням піхви оглядають слизову оболонку піхви і шийки матки за допомогою дзеркала. З каналу шийки матки, піхви і зовнішнього отвору сечовипускного каналу беруть мазки для дослідження на мікрофлору.

При піхвовому дослідженні з'ясовують стан шийки, визначають величину матки та її форму, консистенцію, стан придатків. Встановлюють, чи немає екзостозів у мало­му тазу, вимірюють діагональну кон'югату.

Під час першого відвідання консультації вагітній призна­чають такі клінічні дослідження: загальний аналіз крові, сечі, калу, аналіз крові на наявність вірусу, що спричи­нює СНІД, на глюкозу, реакція Вассермана, визначення групи крові і резус-належності. За показаннями виконують дослідження на токсоплазмоз та інші інфекційні захворю­вання. Слід провести бесіду про раціональне харчування і режим вагітної. В найкоротший строк вагітну потрібно проконсультувати у терапевта і, якщо виявлено екстра­генітальну патологію, розв'язати питання про можливість

101

доношування вагітності. Крім того, кожну вагітну має огля­нути стоматолог, оториноларинголог, а при наявності по­казань — інші спеціалісти (окуліст, ендокринолог, невропа­толог та ін.). У разі потреби вдаються до медико-генетич-ного консультування.

При нормальному перебігові вагітності здорова жінка повинна відвідати консультацію через 7—10 днів після першого відвідання, маючи результати всіх аналізів та обстежень у суміжних спеціалістів. Після клінічного і ла­бораторного досліджень (до 12 таж вагітності) визначають належність вагітної до певної групи ризику.

В «Індивідуальній картці вагітної або роділлі» запи­сують індивідуальний план нагляду за вагітною з вико­ристанням сучасних методів дослідження стану плода.

Усі вагітні з моменту взяття на облік мають бути пере­ведені на легку працю, увільнюються від нічних змін. Пере­ведення оформляють через ВКК (форма № 084-у). Вагітна **має** відвідати жіночу консультацію 14—15 разів: у першій половині вагітності — не рідше 1 разу на місяць; після 20 тиж — 2 рази на місяць, з 32-го тижня 3—4 рази на місяць, а в разі потреби й частіше. Велике значення має своєчасна санація порожнини рота, оскільки вогнища ін­фекції в ній часто є джерелом виникнення післяполого­вих захворювань.

Над усіма вагітними, які перебувають на обліку в кон­сультації, має бути встановлений патронаж, що є частиною диспансерного нагляду. Проводять його відповідно до плану акушерки жіночої консультації або ФАП, а також медичної сестри дитячих поліклінік.

Завдання патронажу полягає в контролі за виконанням вагітними санітарно-гігієнічного режиму, а також у вжитті оздоровчих і профілактичних заходів у сім'ї. Його здійс­нюють двічі — коли беруть на облік і перед пологами (крім того, в разі потреби). Перед початком допологової від­пустки патронаж вагітних здійснюють сестри дитячих поліклінік.

У перші 3 доби після виписування з пологового будин­ку жінку відвідують вдома співробітники жіночої кон­сультації (лікар або акушерка).

Під час диспансерного нагляду за вагітними клінічний аналіз крові роблять 2—3 рази (у строк 22 і 32 тиж), клі­нічний аналіз сечі — перед кожним відвіданням. Проводять бактеріологічне дослідження виділень з піхви, сечовипуск­ного каналу та каналу шийки матки (виявлення стрепто-і стафілококів, кишкової мікрофлори, гонококів, хламідій).

При резус-негативній належності крові вагітної дослід­жують кров чоловіка. Повторно беруть кров на реакцію Вас-сермана і для визначення резус-належності при вагітності 31—32 тиж. Досліджують кров на глюкозу і вивчають коа-гулограму повторно при вагітності 36—37 тиж. Після консультації інших спеціалістів обсяг додаткового обсте­ження визначають індивідуально.

Повторно терапевт оглядає вагітну, коли вагітність ста­новить 32 і 37—38 тиж, а стоматолог — при вагітності 24 і 33—34 тиж.

При кожному наступному відвіданні лікаря вагітну зва­жують (враховуючи збільшення маси тіла за тиждень) і вимірюють AT на обох руках.

Крім того, слід виявити видимі і приховані набряки, звернути увагу на правильність додержання режиму праці і відпочичку, харчування, на виконання відповідного ком­плексу фізичних вправ.

Відповідно до існуючих положень рекомендується об­стеження всіх вагітних ультразвуковим методом у строки 14—16 тиж, щоб мати змогу виявити вроджену патологію плода, і 32—34 тиж — для оцінки стану фетоплацентар-ного комплексу.

З'ясовують також,'на що скаржиться жінка, як відчуває ворушіння плода (починаючи з другої половини вагітності). При зовнішньому оглядові вимірюють висоту стояння дна матки і окружність живота; виявляють ознаки плацен­тарної недостатності (недостатнє збільшення маси тіла ма­тері, уповільнений розвиток плода, відставання зростання. матки в III триместрі); визначають положення плода і характер його серцевої діяльності (аускультацією), уточ­нюють строк вагітності. При кожному відвідуванні жі­ночої консультації проводять бесіди про режим, догляд за шкірою, про потребу регулярного відвідання консульта­ції. Призначають дату наступного відвідування.

Вагітних, які перебувають на обліку в жіночій консуль­тації, якщо у них є якась патологія, можна віднести до таких груп ризику: а) з перинатальною патологією; б) з акушерською патологією; в) з екстрагенітальною пато­логією. Індивідуальні картки таких вагітних мають спеціаль­не маркірування. Складають план ведення й обстеження кожної вагітної, яка перебуває в групі ризику.

Усі вагітні мають бути під наглядом і обстежуватись в умовах жіночої консультації.

Для з'ясування питання про можливість доношування вагітності жінок обстежують у стаціонарі. При можливих

відхиленнях від нормального перебігу вагітності, а також у разі потреби проведення планових профілактичних заходів (недоношування, резус-конфлікт, серцево-судинна патоло­гія тощо) вагітних обов'язково госпіталізують. І нарешті, допологової госпіталізації потребують вагітні, які мають екстрагенітальну й акушерську патологію, що передбачає допологову підготовку в стаціонарі, а також жінки, які по­требують оперативних методів розродження.

Профілактика післяпологових інфекційних захворювань у породіль має починатися в жіночій консультації, де ви­являють групу ризику за токсико-септичними захворюван­нями. До цієї групи включають усіх вагітних з різними вогнищами інфекцій (тонзиліт, пієлонефрит, хронічний аднексит тощо). Якщо виявлено вогнища інфекції, про­водять санацію в умовах консультації. Для жінок з групи підвищеного ризику обов'язковими є попереднє бактеріоско-пічне й бактеріологічне обстеження вогнища інфекції.

Крім того, потрібно виявляти вагітних з гострими ін­фекційними захворюваннями. Їм призначають інтенсивну терапію. В жіночій консультації розв'язують питання про госпіталізацію вагітних у різні родопомічні заклади залежно від наявності вогнища інфекції. З цією метою у великих містах слід створювати спеціалізовані відділення для ро-діль з різними проявами інфекції.

Рекомендується здійснювати неспецифічну профілакти­ку гнійно-септичних захворювань, спрямовану на підвищен­ня імунологічної реактивності організму.

Крім того, заходи профілактики ускладнень вагітності (гестоз, анемія, кровотеча тощо) є чинниками, які зумов­люють зниження частоти післяпологових захворювань.