

## Діагностика вагітності у ранні терміни

### Сумнівні ознаки

1. Сумнівні ознаки — це різного роду суб'єктивні відчуття, а також об'єктивно визначені зміни в організмі, крім внутрішніх статевих органів:

а) суб'єктивні явища — нудота, блювота, втрата чи посилення апетиту, смакові примхи (пристрасть до солоної чи кислої їжі, до крейди і т.п.), зміни нюхових відчуттів (огода до запаху м'ясної їжі, тютюнового диму тощо), легка стомлюваність, сонливість і т.п.;

б) об'єктивні явища — збільшення обводу живота, пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, зовнішніх статевих органів і посилення пігментації сосків та навколо них, рубці вагітних тощо

### Імовірні ознаки

2. Імовірні ознаки — це об'єктивні ознаки, які визначаються з боку статевих органів, молочних залоз, а також за допомогою імунологічних реакцій на вагітність.

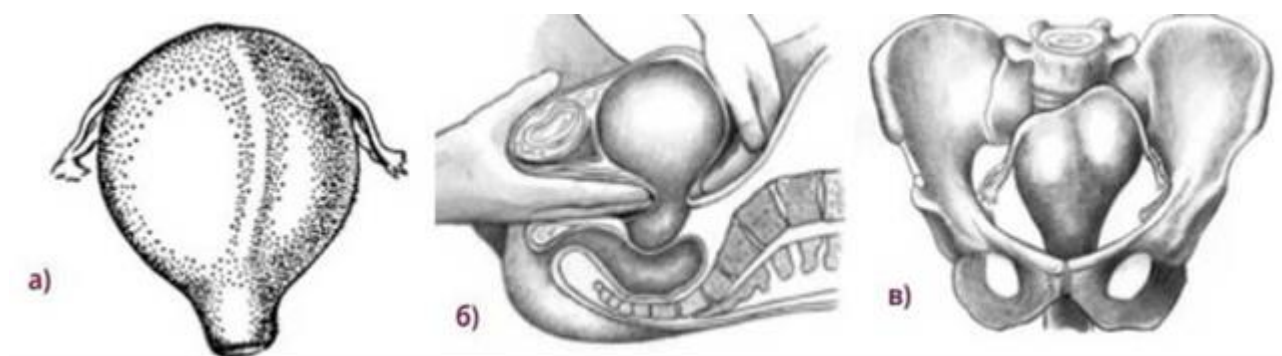
Ознаки, які свідчать про зміни форми і консистенції матки у зв'язку з вагітністю

Ознака Г ентера (а): при вагінальному дослідженні у ранні строки вагітності на передній поверхні матки, точно по середній лінії, знаходять гребенястий виступ, який не поширюється ні на дно, ні на задню поверхню матки, ні на шийку.

Ознака Горвица-Гегара (б): при вагінальному дослідженні виявляється розм'якшення в ділянці перешийка, внаслідок чого тут легко сходяться пальці внутрішньої і зовнішньої руки. Шийка відчувається як більш щільне тіло.

Ознака Піскачека (в): при вагінальному дослідженні контури дна матки і області її кутів виявляються неправильними: той кут, який відповідає місцю імплантації яйця, виступає значно більше за протилежний. Вся матка виявляється несиметричною.

Ознака Снегіррова: при вагінальному дослідженні вагітної матки вона внаслідок механічного подразнення починає під пальцями скорочуватися і стає більш щільною.



Імунологічні реакції на вагітність, які базуються на визначенні в сечі та в крові хоріонічного гонадотропіну (ХГЛ).

ХГЛ виділяється трофобластом, потім хоріоном, плацентою.

Виділення починається з 7 — 8 дня після запліднення. Для дослідження треба брати ранкову сечу, в якій спостерігається найбільша концентрація гормону.

Після переривання вагітності реакції залишаються позитивними протягом 7 — 10 днів, а при патологічних станах (хвороби трофобласту) — 2 — 4 місяці.

### Вірогідні ознаки

Це переконливий доказ наявності вагітності в обстежуваної жінки. Всі ознаки цієї групи мають тільки об'єктивний характер і походять тільки від плода. До них належать:

- ворушіння плода, які визначаються рукою чи при вислуховуванні (а не такі, що відчуває сама вагітна);
- вислуховування серцевих тонів плода;
- промацування частин плода (голівки, ніжок, сідниць, ручок, плечиків);
- визначення плода за допомогою УЗД, КТГ, фетоскопії тощо.

### Фізіологічні зміни в організмі вагітної

#### Серцево-судинна система

За нормальної вагітності у серцево-судинній системі жінки відбуваються наступні зміни:

1. Зниження переносимості фізичних навантажень; збільшення кровопостачання яремних вен; набряку периферичних тканин; систолічний шум (96%) та систолічний ритм «галопа» (90%).  
2. Зміна центральної гемодинаміки: збільшення об'єму циркулюючої крові на 40%, до 24 тижнів вагітності відбувається збільшення серцевого викидня на 40%, частота серцевих скорочень зростає на 15%.

3. Завдяки судинорозширювальному ефекту прогестерону АТ декілька знижується та залишається таким до 24 тижня вагітності, системне судинний опір знижується на 21%, опір легеневої судин знижується на 35%, систолічний АТ знижується на 5-10 мм.рт.ст, діастолічний АТ на 10-15 мм.рт.ст.

1. На ЕКГ зміщення електричної осі серця вліво.

Дихальна система 1. У 65% жінок з'являється задишка

2. Виникає набряк носу та його закладення, носові кровотечі

3. Купол діафрагми піднімається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки та збільшується її окружність

4. Зміни легеневої функції:

Загальна ємкість легень	Підвищується на 5%
Обсяг вдиху	Підвищується на 40 %
Залишковий обсяг	Підвищується на 20 %
Хвилинна вентиляція	Підвищується на 40 %

## 5. Гази артеріальної крові:

	pH	PaO <sub>2</sub>	PACO <sub>2</sub>
Невагітні жінки	7,4	93-100	35-40
Вагітні	7,4	100-105	28-30

### Шлунково-кишковий тракт

1. Нудота з ранку спостерігається майже у 70% вагітних, досягаючи максимальної частоти у терміні 8-10 тижнів, однією з можливих причин є підвищення ХГЛ.
2. Гінгівіт.
3. Виразкова хвороба шлунку: при вагітності вірогідність її виникнення знижується, що можливо пов'язано з посиленням секреції муцину слизовою оболонкою шлунку та зниженням секреції соляної кислоти.
4. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: ризик підвищується, що обумовлено гіпотонією стравоходу та зниженням тону шлунково-кишкового сфінктеру.
5. Закрепи (30%): виникають в наслідок зниження перистальтики кишечника, крім того, причиною закрепів може бути розширення гемороїдальних вен, що пов'язано з підвищенням центрального венозного тиску.
6. Утворення жовчних каменів: ризик підвищується, що пов'язано з погіршенням евакуації жовчі з жовчного міхура та із збільшенням місту холестерину в жовчі.
7. Печінка: розміри печінки не змінюються, вміст лужної фосфатази підвищується в зв'язку з утворенням додаткової кількості цього ферменту в плаценті, внаслідок гемодилуція рівня альбуміну знижується на 25%.

### Нирки

1. Розміри нирок збільшуються на 1 см; виникає розширення чашечно-мискової системи — на 15 см у правій нирці та на 5 мм у лівій; діаметр сечоводів збільшується на 2 см (справа більш виражено за рахунок механічного тиску, що чиниться збільшеною маткою).
2. Пієлонефрит, ризик підвищується.
3. Фільтраційна здібність нирок до 16 тижнів вагітності нирковий кровоток підвищується на 75%, клубочкова фільтрація підвищується до 50% вже до 12 тижнів вагітності; кліренс креатиніну підвищується на 40%; екскреція глюкози підвищується (1-10 г/добу); фільтрація білків не змінюється.
5. В міру прогресування вагітності має місце поступове зниження рівня тромбоцитів, проте у здорових вагітних кількість тромбоцитів повинна бути в межах нормальних (як для невагітних) значень
6. Для вагітних характерно стан гіперкоагуляції, протягом всієї вагітності відмічається постійне прогресуюче збільшення рівня фібріногену (I фактор) та факторів УІІ-Х.

### Ендокринна система

1. Розміри щитоподібної залози при вагітності збільшуються, однак функція її при нормальному перебігу вагітності повинна бути еутіреοїдною; в наслідок викликаного естрогенами посиленої продукції тироксин - зв'язуючого глобуліну відбувається підвищення рівня загального та Т4; рівень вільного Т4 залишається в межах норми; материнські ТТГ, та

T4 не проникають через плаценту, однак тиростимулюючі глобуліни легко проходять фетоплацентарний бар'єр.

2. Наднирники: посилюється продукція кортизолу та знижується утворення ДЕАС.

3. Вагітність є діабетогенним станом: у вагітних відмічається підвищення інсулінрезистентності (чутливість к інсуліну знижується на 50-80%), знижується споживання глюкози периферійними тканинами, зниження натщесерце рівня глюкози в крові; внаслідок дії плацентарного лактогену відбувається посилення ліполізу.

## Діагностика вагітності у пізні строки

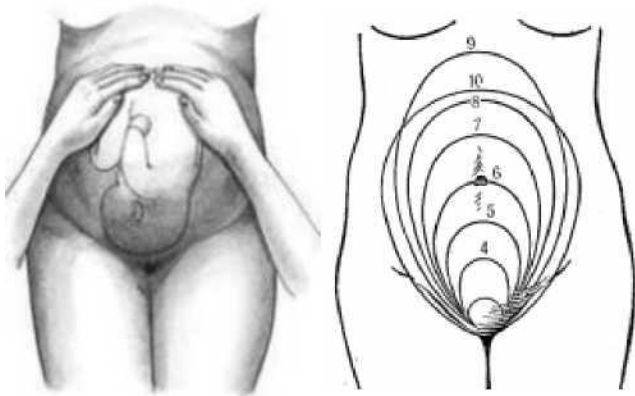
Методи зовнішнього акушерського дослідження (прийоми Леопольда)

### ПЕРШИЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Мета — визначити висоту стояння дна матки, за якою судять про строк вагітності, і частину плода, розміщену в дні матки. Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, пальці рук зближуються, обережно надавлюючи вниз сідничний кінець плода — більший, але не такий щільний і менше заокруглений, аніж голівка.

Висота стояння дна матки відповідає:

- Розміри курячого яйця — 4 тижні;
- Величині жіночого кулака — 8 тижнів;
- Розмірам голівки новонародженого (8 см) — 12 тиж.;
- 12 см (на середині відстані між пупком і лоном) — 16 тижнів;
- 16 см (на 2 поперечних пальці нижче пупка) — 20 тижнів;
- 20 см (на рівні пупка) — 24 тижні;
- 24 см (на 2-2,5 поперечних пальці вище пупка) — 28 тижнів;
- 28 см (на середині між пупком і мечоподібним відростком) — 32 тижнів;
- 32 см (на рівні реберної дуги) — 36 тижнів;
- 32-34 см (на середині між пупком і мечоподібним відростком) — 40 тижнів.



### ДРУГИЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Мета — визначити положення, вид і позицію плода.

Положення плода — відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки.

Розрізняють такі положення плода:

- 1) поздовжнє — поздовжня ось плода і поздовжня ось матки збігаються (ось плода — лінія, яка проходить від потилиці до сідниць).
- 2) поперечне — поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під прямим кутом;
- 3) косе — поздовжня ось плода утворює з поздовжньою віссю матки гострий кут.

Поздовжнє положення плода є нормальним, воно зустрічається в 99,5% всіх пологів, поперечне і косе положення — патологічні (0,5% пологів).

Позиція плода — відношення спинки плода до правої і лівої сторін матки. Розрізняють дві позиції: першу і другу. При першій спинка повернена ліворуч, при другій - праворуч. Перша позиція трапляється частіше за другу, що пояснюється поворотом матки лівим боком наперед.

Вид позиції — відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки. Якщо спинка повернута наперед — це передній вид позиції, якщо назад — задній. Руки з дна матки переміщують униз, до рівня пупка, і розміщують на бічних стінках матки. Пальпацію проводять по черзі правою і лівою рукою. При поздовжньому положенні плода з однієї сторони промацується спинка, з протилежної — кінцівки. Другий прийом зовнішнього обстеження дозволяє визначити тонус матки та її збудження.

Членорозміщення плода — розташування його голівки і кінцівок щодо тулуба.



### ТРЕТІЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Мета — визначити відношення великої частини плода (голівки або сідниць) до входу в таз.

Якщо над входом в таз перебуває голівка плода — передлежання головне, якщо тазовий кінець — тазове. Головне передлежання зустрічається в 96% пологів, тазове — в 3,5%.

Передлеглою частиною називається та частина плода, яка розміщена ближче до входу в малий таз і перша проходитьпологовими шляхами.

Лікар стоїть обличчям до вагітної, одну руку кладе трохи вище за лобкове зрощення так, щоб I палець містився на одному боці, а чотири - на другому боці нижнього сегмента матки. Обережно пальцями обхоплює прилеглу частину. Голівка пальпується у вигляді щільної круглої частини, яка балотує. При тазовому передлежанні пальпується м'яка частина, що не балотує. При поперечних і косих положеннях прилегла частина не визначається.



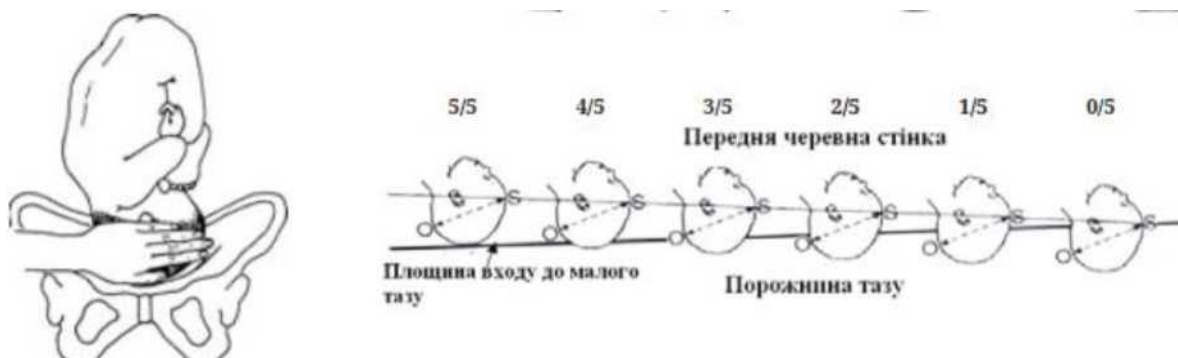
**ЧЕТВЕРТИЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ** Мета — виявити рівень стояння прилеглої частини до входу в малий таз. Лікар стає справа, лицем до ніг вагітної. Долоні обох рук розміщені на нижньому сегменті матки справа і зліва, кінці пальців доходять до симфіза. Цей прийом дозволяє визначити чи перебуває голівка над входом в малий таз або пройшла через площину входу матки, чи великим сегментом.

Визначення положення голівки під час пологів Під великим сегментом голівки умовно мають на увазі окружність найбільшої площини голівки, якою вона проходить через площину входу малого таза при даному виді її вставлення. При потиличному передлежанні, коли голівка вставляється в таз у зігнутому положенні, найбільшою окружністю буде та, котра відповідає окружності малого косою розміру.



Метод пальпації голівки плоду над симфізом і ширина пальців акушера Для визначення відношення голівки плоду до площини входу в малий таз за допомогою зовнішнього акушерського дослідження використовується метод пальпації голівки плоду над симфізом і ширина пальців акушера, кількість яких відповідає ступеню вставлення голівки плоду в малий таз (зображується знаком 0). Наприклад, 5/5 — ширина 5 пальців акушера встановлюють голівку плоду над симфізом — голівка плоду знаходиться над входом в малий таз, 4/5 — ширина 4 пальців акушера, голівка притиснута до входу в малий таз, 3/5 — ширина 3 пальців акушера, голівка малим сегментом у вході в малий таз, 2/5 — ширина 2 пальців акушера, голівка великим сегментом у вході в малий таз, 1/5 — ширина 1 пальця, голівка знаходиться в порожнині тазу, 0/5 — на тазовому дні. Цей метод більш надійний, ніж внутрішнє акушерське дослідження у разі формування великого набряку предлеглої частини голівки плоду.

Відношення нижнього полюса голівки плоду до і lin. interspinalis визначається у разі проведення внутрішнього акушерського дослідження.



## ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРЕДБАЧУВАНОЇ МАСИ ПЛОДА

А. Висота стояння дна матки вимірюється сантиметровою стрічкою.

Положення вагітної: лежить на спині з витягнутими нижніми кінцівками. Вимірюють відстань від верхнього краю лобка до найбільш виступаючої точки дна матки. Наприкінці вагітності ця відстань дорівнює 34-32 см.

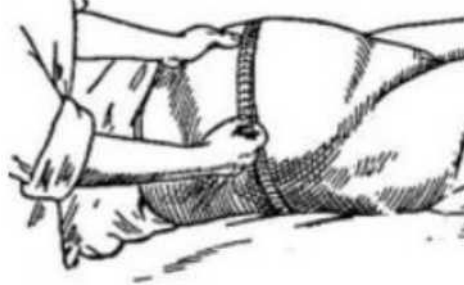
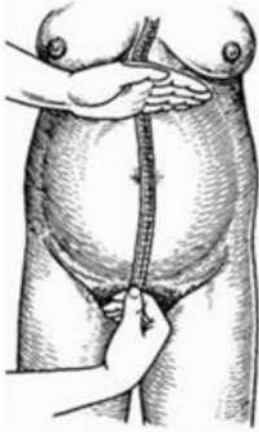
Б. Висота стояння дна матки вимірюється газоміром (С).

Положення вагітної таке ж саме. Один гудзик тазоміра вміщують на верхній край лобка, другий - на дно матки. При одному й тому самому терміну вагітності ця віддаль дещо менша,

ніж показник вимірювання сантиметровою стрічкою, оскільки вона вимірюється не по дузі, а по прямій лінії.

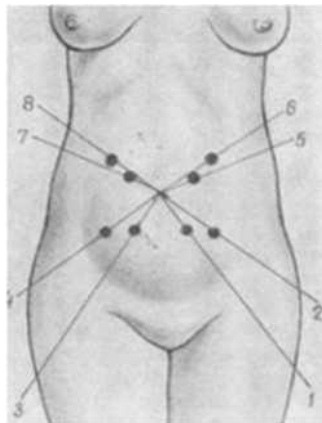
В. Окружність живота. (Ж) Вимірюють сантиметровою стрічкою, що проходить спереду через пупок, ззаду — через середину поперекової ділянки. Наприкінці вагітності окружність живота досягає 95-100 см.

Г. Передбачувану масу плода вираховують на підставі розмірів окружності живота та висоти стояння дна матки за формулою Лебедева:  $X = Ж \times С$ ;



Вислуховування серцебиття плода. Місця вислуховування серцебиття плода

- 1 — передній вид, перша позиція, головне передлежання;
- 2 — задній вид, перша позиція, головне передлежання;
- 3 — передній вид, друга позиція, головне передлежання;
- 4 — задній вид, друга позиція, головне передлежання;
- 5 — передній вид, перша позиція, тазове передлежання;
- 6 — задній вид, перша позиція, тазове передлежання;
- 7 — передній вид, друга позиція, тазове передлежання;
- 8 — задній вид, друга позиція, тазове передлежання.



Визначення терміну вагітності, листок непрацездатності.

Визначення терміну вагітності, правило Негеле:

Від дати першого календарного дня останньої менструації віднімають 3 календарних місяці і додають 7 днів.

Наприклад, почато останньої менструації 14.07.17, очікувальна дата пологів 21.04.2018.

1 акушерський місяць триває 28 днів, 4 тижні, тобто 40 тижнів вагітності — це 280 днів, якщо відраховувати її початок від першого дня останньої менструації.

Листок непрацездатності по вагітності та пологах

В Україні допологову відпустку надають з 30 тижня вагітності; у районах, які постраждали від аварії на ЧАЕС — з 28-го.

Листок непрацездатності по вагітності та пологам надають на термін 126 календарних днів з 30-го тижня вагітності (70 днів до пологів і 56 днів після пологів. У разі ускладнення пологів чи народження двох або більше дітей видають додатковий лікарняний лист на 14 днів. У разі передчасних пологів, до 30 тижнів вагітності і народженням живої дитини, лікарняний листок видають на 140 днів, у разі смерті дитини під час пологів — на 70 календарних днів.