

АКУШЕРСТВО

1.1. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ОРГАНІЗМУ ЖІНКИ

1.1.1. Анатомія жіночих статевих органів

Зовнішні статеві органи: лобкове підвищення (mons pubis); великі статеві губи (labia majora pudendi); малі статеві губи (labia minora pudendi); клітор (clitoris); дівоча перетинка (hymen); великі залози присінка, або залози Бартоліні (glandulae vestibulares majores; glandulae Bartolini); присінок піхви (vestibulum vaginae); жіночий сечівник (urethrae feminina); промежина (perineum).

Внутрішні статеві органи: піхва (vagina s. colpos); матка (uterus); придатки матки (adnexis uteri); маткові труби (tubae uterinae); яєчники (ovariorum).

Кровопостачання зовнішніх статевих органів забезпечують внутрішня статеві артерія (a. pudenda interna), яка відходить від a. iliaca interna; зовнішня статеві артерія (a. pudenda externa) — гілка a. iliaca externa, іноді відходить від стегнової артерії; затульна артерія (a. obturatoria), яка відходить від a. iliaca interna. Паралельно артеріям проходять однойменні вени.

Кровопостачання внутрішніх статевих органів здійснюють маткова артерія (a. uterina) — гілка a. iliaca interna, і частково — яєчникова артерія (a. ovarica), яка відходить від аорти, та a. genalis. Маткова артерія також віддає піхвову артерію (a. vaginalis) і біля дна матки розділяється на такі гілки: г. fundi (до дна), г. tubarius (до маткової труби), г. ovaricus (до яєчника).

Кровопостачання яєчників і маткових труб переважно забезпечує яєчникова артерія (a. ovarica). Паралельно артеріям проходять однойменні вени, утворюючи з артеріями потужні сплетення, що анастомозують між собою.

Іннервація здійснюється за рахунок симпатичної та парасимпатичної частин автономної нервової системи.

Лімфатична система жіночих статевих органів складається з густої сітки лімфатичних судин і лімфатичних вузлів.

1.1.2. Основні статеві гормони та гормони гіпофіза

Статеві залози є місцем утворення статевих гормонів — естрогенів і прогестерону.

Естрогени виробляють клітини сполучнотканинної оболонки фолікула. Розрізняють більш активні (естрадіол, естрон або фолікулін) і менш активні (естріол)

естрогени. Вони належать до стероїдних гормонів, оскільки мають в основі стероїдне кільце й відрізняються лише за будовою бічних ланцюгів. Під час вагітності естрогени забезпечують ріст матки, морфологічну і функціональну перебудову її нервово-м'язового апарату. Починаючи з 13—14-го тижня вагітності, естрогенну функцію бере на себе плацента. Естрогени посилюють кровообіг у матці та підвищують парціальний тиск кисню. Вони стимулюють дихальну функцію міометрія і поліпшують окисно-відновні процеси в ньому, готують нервово-м'язовий апарат матки до активної скоротливої діяльності. У разі недостатнього синтезу естрогенів в організмі вагітної, як правило, виникає первинна слабкість пологової діяльності.

Гормон жовтого тіла (прогестерон, лютеогормон) і речовини, які чинять подібну дію, називають гестагенами. Прогестерон також належить до стероїдних гормонів; його виробляють лютеїнові клітини гранульози жовтого тіла яєчника, що утворюється після овуляції. Під час вагітності прогестерон синтезується плацентою, крім того, він може виділятися і корою надниркових залоз.

Гіпофіз, а саме його передня доля, продукує гормони, які відіграють дуже важливу роль під час вагітності. Нині відомі три гонадотропних гормони: фолікулостимулювальний (ФСГ), лютеїнізувальний (ЛГ) і лютеотропний (ЛТГ). Крім того, плодове яйце в організмі вагітної синтезує речовину з гонадотропною дією — хоріонічний гонадотропін. Задня доля гіпофіза виділяє окситоцин і вазопресин (антидіуретичний гормон).

Плацента здійснює складні функції із забезпечення внутрішньоутробного розвитку плода: газообмін, трофічну, ендокринну, видільну, захисну. Вона також має антигенні й імунні властивості. Усі основні функції плаценти насамперед залежать від матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку. З перших днів розвитку зародка з'являються два шари клітин: із зовнішнього шару утворюється трофобласт, що контактує з ендометрієм, із внутрішнього — ембріобласт. Наприкінці 2-го тижня ембріогенезу в трофобласті починають формуватися ворсинки, у них виростають сполучнотканинні елементи, в яких потім утворюються кровоносні судини. Формування плацентарного бар'єру завершується до 12-го тижня внутрішньоутробного розвитку. Плацента продукує низку гормонів: хоріонічний гонадотропін, хоріомамотропін (плацентарний лактоген), прогестерон, естрогени. Деякі з них утворюються плацентарною тканиною, інші «переробляються» із попередників, що надходять від матері або плода.

1.1.3. Діагностика ранніх термінів вагітності

Діагностика ранніх термінів вагітності ґрунтується на анамнестичних даних, результатах клінічного обстеження і додаткових методів дослідження — УЗД та спеціальних діагностиків (біологічні реакції на вагітність нині не використовують).

З анамнезу з'ясовують день останньої менструації, її регулярність, чи є нагрубання і збільшення грудних залоз та виділення молозива (*ймовірні суб'єктивні ознаки*). Звертають увагу на наявність змін смаку, загострення нюху, нудоти й блювання вранці, неприйняття їжі (*сумнівні суб'єктивні ознаки*). У більш пізній термін ва-

гітності з'являються характерні зміни на шкірі обличчя, білій лінії живота, навколо грудних сосків — поява пігментних плям (*chloasma uterinum*) і розтягнень (так званих рубців вагітності — *striae gravidarum*).

Під час об'єктивного обстеження, зокрема піхвового дослідження, лікар повинен звернути увагу на стан слизової оболонки піхви (її розпушення), ціаноз слизової оболонки шийки матки, збільшення матки, посилення скоротливої здатності матки.

Найважливіші ймовірні об'єктивні ознаки:

- ознака Гегара — розм'якшення матки в ділянці перешийка;
- ознака Гентера — гребенеподібне стовщення по середній лінії передньої поверхні матки, що не поширюється на дно й задню стінку, а також на шийку матки;
- ознака Піскачека — асиметрія матки;
- ознака Снегирьова — скорочення тіла матки під час дослідження;
- ознака Горвіца—Гегара — легке переведення тіла матки в гіперантефлексію;
- ознака Губарева й Гаусса — легке зміщення шийки матки внаслідок розм'якшення перешийка.

Для остаточного встановлення діагнозу і терміну вагітності застосовують спеціальні діагностичні методи, що ґрунтуються на реакції з хоріонічним гонадотропіном (досліджують ранкову сечу вагітної), і УЗД за допомогою піхвових датчиків (роздільна здатність УЗ-апарата дає змогу встановити малий термін вагітності).

Обстеження вагітної. Під час узяття вагітної на облік у жіночій консультації або в разі спостереження жінки сімейним лікарем оформляють таку документацію:

— форму 111/о, в яку вносять відомості щодо анамнезу життя, попередніх вагітностей, менструальної функції, результати об'єктивного обстеження і піхвового дослідження, розміри таза, результати лабораторної діагностики в динаміці. Після обстеження визначають групу ризику і план заходів щодо подальшого обстеження та лікування. У цій формі фіксують консультативні висновки й рекомендації всіх суміжних фахівців і результати додаткових методів дослідження. УЗД, згідно з Наказом МОЗ України № 503 від 28.12.02, проводять у терміни 9—11 тиж. (з обов'язковим визначенням розміру шийної складки плода), 16—21 і 32—36 тиж. за такими показаннями: синдром затримки розвитку плода (СЗРП), фетоплацентарна недостатність (ФПН), патологічні зміни на кардіотокограмі плода (КТГП), тяжка акушерська й екстрагенітальна патологія з метою визначення біофізичного профілю плода. Таким чином, форма 111/о містить повну інформацію про динаміку перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду;

— форму 113/о, яка складається із трьох розділів і відбиває наступність у роботі жіночої консультації, сімейного лікаря та пологового відділення, а також відділення для новонароджених і дитячої поліклініки або сімейного лікаря (схема 1.1).

Видача декретної відпустки здійснюється відповідно до Наказу МОЗ України № 455 від 13.11.2001 із 30-го тижня вагітності терміном на 126 днів (70 календарних днів до пологів і 56 — після пологів). У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовий період додатково дають 14 календарних днів.

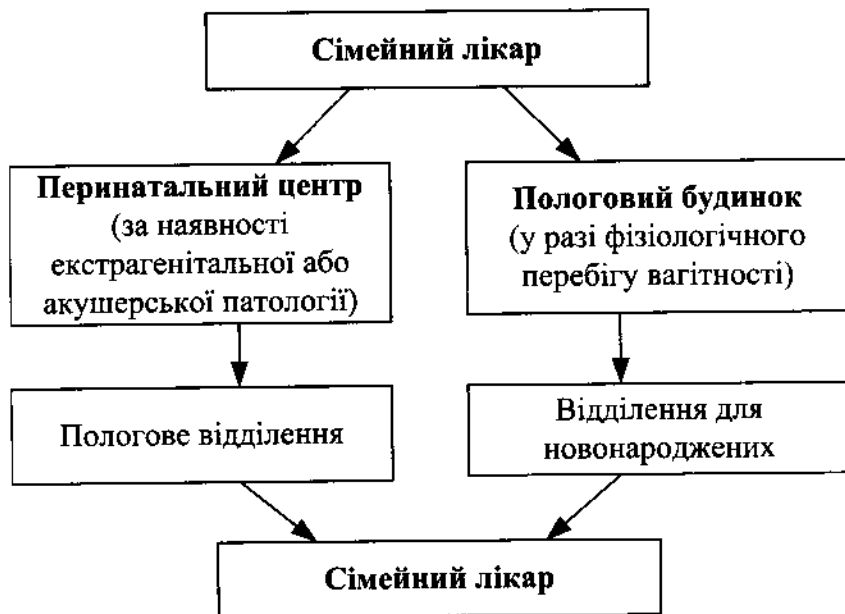


Схема 1.1. Наступність допологового ведення вагітної

Жінкам, які належать до I—IV категорій постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС, видають листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами із 27-го тижня вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період дородової відпустки й 90 — після пологів).

Для правильного прогнозування пологів лікар зобов'язаний знати розміри таза жінки. З цією метою вимірюють зовнішні розміри таза, за якими визначають розміри малого таза.

Вимірюють чотири зовнішні кон'югати:

1. *Distantia spinarum* — відстань між передньоверхніми остями клубових кісток (*spina iliaca anterior*); вона дорівнює 25—26 см.

2. *Distantia cristarum* — відстань між найвіддаленішими точками гребенів клубових кісток (*crista iliaca*); у середньому вона становить 28—29 см.

3. *Distantia trochanterica* — відстань між великими вертлюгами стегнових кісток (*trochanter major*), яка дорівнює 31—32 см.

4. *Conjugata externa* — відстань від середини верхнього краю лобкового симфізу до ямки між остистими відростками V поперекового та I крижового хребців. Зовнішня кон'югата становить 20—21 см.

Додатково вимірюють такі розміри таза:

1. *Conjugata diagonalis* — діагональна кон'югата, яку визначають під час піхвеного дослідження; вона дорівнює 13 см.

2. *Conjugata vera* — справжня кон'югата, яку визначають шляхом вирахування з діагональної кон'югати 1,5—2 см.