

Біомеханізм пологів — це сукупність згинальних, поступальних, обертальних і розгинальних рухів, які здійснює плід, проходячи родовим каналом матері. Біомеханізм родів характеризується провідною точкою, точкою фіксації і превалюючим рухом, який виконує передлежача частина, вставляючись у площину малого таза.

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання складається з 4 моментів.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ

- згинання голівки
- опускання її в площину входу до малого таза

Це поворот голівки навколо своєї поперечної осі. Внаслідок згинання голівки, мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлеглої частини, наближаючись до провідної лінії таза, і стає «ведучою точкою». Внаслідок цього згинання голівки проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір і дорівнює 32 см.

ДРУГИЙ МОМЕНТ

- внутрішній поворот голівки

Він здійснюється при переході її з широкої у вузьку частину малого таза. Голівка поволі повертається навколо своєї осі так, що потилиця напрямлена до симфізу, і обличчя — до крижової кістки. При цьому стрілоподібний шов поступово змінює своє положення, переходячи з поперечного розміру у косий, потім з косого — у прямий розмір виходу тазу.

Стрілоподібний шов при

- I позиції проходить через правий косий розмір
- II — через лівий косий розмір тазу.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ

розгинання голівки в площині виходу Стрілоподібний шов збігається з прямим розміром виходу тазу. Точка фіксації утворюється між серединою нижнього краю лобкового зчленування і підпотиличною ямкою. Навколо цієї точки здійснюється розгинання голівки, а клінічно це супроводжується народженням лоба, обличчя, підборіддя.

ЧЕТВЕРТИЙ МОМЕНТ

внутрішній поворот плечиків зовнішній поворот голівки.

Під час врізування та прорізування голівки тулуб просувається до малого тазу, причому поперечний розмір плечиків вступає в один з косих розмірів входу до малого тазу.

На тазовому дні плічка здійснюють внутрішній поворот, подібно до повороту голівки плода.

Закінчивши поворот, плічка встановлюються прямим розміром в прямому розмірі площини виходу таза.

Цей поворот плечиків передається голівці, яка народилася, що відповідає четвертому моменту біомеханізму пологів.

Голівка при цьому обертається обличчям до стегна матері: при I позиції — до правого, при II — до лівого.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання складається з 5 моментів.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ

(не відрізняється від переднього виду потиличного передлежання).

- Згинання голівки плода
- Опускання голівки плода

ДРУГИЙ МОМЕНТ

• Внутрішній поворот голівки плода: потилиця обертається не до симфізу, як при передньому виді потиличного передлежання, а до крижової кістки, обличчя обернене до симфізу.

Слідом за потилицею повертається назад спинка плода.

Таким чином, мале тім'ячко спрямоване в бік крижів, а велике — до симфізу. Стрілоподібний шов через однойменний з позицією косий розмір переходить в прямий розмір виходу таза.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ

- додаткове згинання голівки плода

Вона фіксується у середині нижнього краю симфізу ділянкою переднього краю великого тім'ячка, утворюється перша точка фіксації, навколо якої завершується додаткове згинання, котре триває, доки не утвориться друга точка фіксації.

ЧЕТВЕРТИЙ МОМЕНТ

- розгинання голівки

Подальше прорізування голівки відбувається внаслідок утворення нової, другої точки фіксації між підпотиличною ямкою і верхівкою куприка.

Таким чином, голівка народжується лицем з-під симфізу, вона прорізується трохи більшим обводом, ніж обвід малого косоного розміру середнім косим розміром.

П'ЯТИЙ МОМЕНТ

(не відрізняється від четвертого моменту біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання)

Конфігурація голівки при задньому виді потиличного передлежання доліхоцефалічна.

Диференційні ознаки переднього та заднього видів потиличного передлежання

Ознака	Передній вид	Задній вид
Провідна точка	Мале тім'ячко	Середина між малим та великим тім'ячком
Лінія-орієнтир	Стріловидний шов	Стріловидний шов
Розмір вставлення голівки в малий таз	Малий косий, діаметр – 9,5см, окружність – 32см	Середній косий, діаметр – 10см, окружність – 33см
Моменти механізму пологів	I – згинання голівки II – внутрішній поворот головки потилицею допереду III – розгинання голівки IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки	I – неповне згинання голівки II - внутрішній поворот головки потилицею дозаду III – додаткове згинання голівки III - розгинання голівки IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки
Точка фіксації	1-Підпотилична ямка, лобкова дуга	Межа волосистої частини голови, лобкова дуга Підпотилична ямка, крижово-куприковий суглоб

Діагностика періодів та фаз пологів

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи /відсутність пологової діяльності/	—
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	I	Латентна
Шийка розкрита на 3–9 см. Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) — 1 см/год. Початок опускання голівки плода	I	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см). Голівка плода у порожнині тазу. Немає позивів до потуг	II	Рання
Повне розкриття шийки (10 см). Передлегла частина плода досягає дна тазу. Роділля починає тужитись	II	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	III	

Оцінка ступеня «зрілості» шийки матки за шкалою Бішопа

Параметри	Бали		
	0	1	2
Положення шийки матки щодо провідної осі тазу	Зміщена до крижів	Між крижами і провідною віссю тазу	По вісі тазу
Довжина шийки матки (см)	≥ 2	1–2	1 ≤
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	м'яка
Відкриття зовнішнього вічка	Закритий	1	≥ 2
Місце знаходження передлеглої частини плода	Рухома над входом у малий таз	Притиснута до входу в малий таз	Притиснута або фіксована у вході у малий таз

Примітка:

0–2 бали — «шийка не зріла»

3–5 балів — «шийка недостатньо зріла»

≥6 балів — «шийка зріла»

Перший період (період розкриття шийки) відліковують від початку регулярних перейм до повного розкриття шийки матки (10см). Перший період пологів поділяється на дві послідовні фази:

- Латентна фаза — проміжок часу від початку регулярної пологової діяльності до повного згладжування шийки матки з розкриттям до 3 см у перших пологах або до 4 см у всіх наступних. Звичайно на цю фазу припадає, відповідно, 6-8 годин (у першонароджуючих) та 4-5 годин (у повторнонароджуючих).

- Активна фаза — розкриття шийки матки від 3-4 см включно до 10 см. Мінімальна швидкість розкриття шийки матки в активну фазу, що вважається нормою становить 1 см/год як у перших так і у наступних пологах. Зазвичай швидкість розкриття у жінок, що народжують вдруге чи втретє більше, ніж у таких, що народжують вперше.

Активна фаза розділяється в свою чергу на три підфази:

- прискорення.
- максимального підйому та
- уповільнення.

Підфаза прискорення у першонароджуючих продовжується до 2 годин, у повторнонароджуючих до 1 години. Підфаза максимального підйому триває стільки ж годин відповідно. Підфаза уповільнення у першонароджуючих продовжується 1-2 години, у повторнонароджуючих 0,5-1 годину. Уповільнення в кінці 1-го періоду пологів пояснюється сповзанням шийки матки з голівки плода, що просувається.

Згладжування і розкриття шийки матки у першо- і повторнороділь відбувається по-різному. У першороділь спочатку відбувається згладжування, а потім розкриття шийки матки, у повторнороділь ці процеси відбуваються одночасно.

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться до партограми.

Аускультация має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів.

В нормі ЧСС плода знаходиться в межах 110-170 ударів за хвилину. Вимірювання температури тіла — кожні 4 години; визначення параметрів пульсу — кожні 2 години; артеріального тиску — кожні 2 години; кількість сечі визначають кожні 4 години.

ОЦІНКА ПРОГРЕСУВАННЯ ПОЛОГІВ

З метою оцінки прогресування пологів визначають:

- швидкість розкриття шийки матки

Швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, що його проводять кожні 4 години. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань:

- спонтанний розрив плодових оболонок;
 - патологічна частота серцебиття плоду (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину);
- випадіння пуповини;
- у разі підозри на неправильне передлежання/ вставлення голівки плоду; затримки прогресу пологів; кровотечі (огляд в умовах операційної).
- частоту та тривалість перейм;
 - наявність просування голівки плода у порожнину таза.

Партограма (вкладиш до історії пологів № 234)

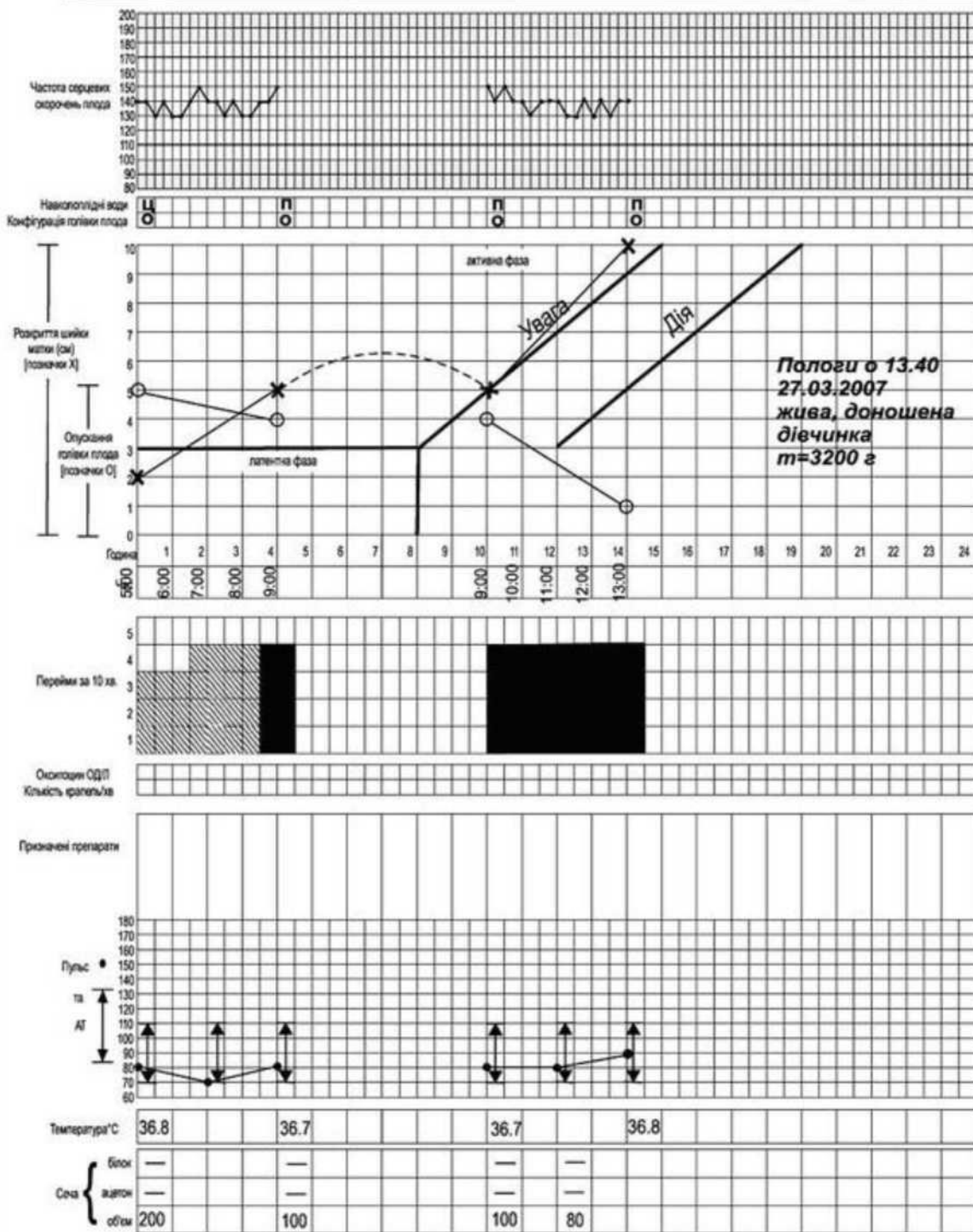
ПІБ *Марія О.*

Вагітність 1

Кількість пологів в анамнезі 0

Дата госпіталізації 27.03.2007 Час госпіталізації 5.00

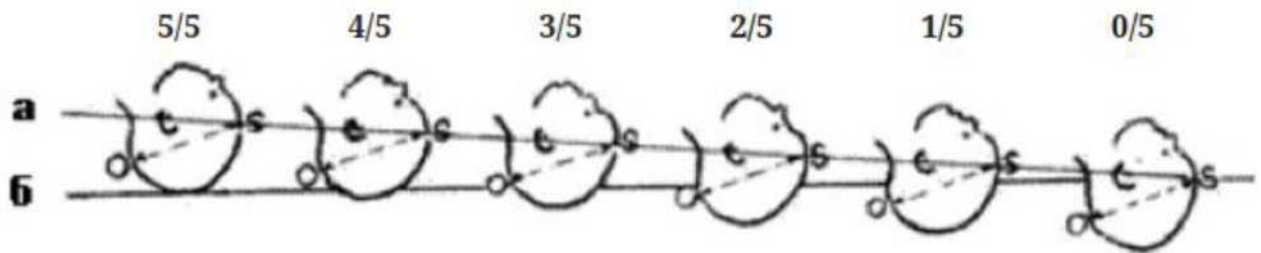
Тривалість безводного проміжку —



Діагноз:

- Визначення положення голівки плода щодо міжостьової лінії:
- 3 — голівка над входом в малий таз;
 - 2 — голівка притиснута до входу в малий таз; -1 — голівка малим сегментом в площині входу в малий таз;
 - 0 — голівка великим сегментом в площині входу в малий таз;
 - + 1 — голівка великим сегментом в широкій частині малого тазу;

- +2 — голівка у вузькій частині малого тазу; +3 — голівка на тазовому дні;
- +4 — голівка вривується і прорізується



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 (зображається 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 *linea interspinalis* визначається у разі проведення внутрішнього акушерського дослідження.

II період (період вигнання) — від моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини. Важливо відрізнити ранню фазу II періоду пологів (від повного розкриття до початку потуг) та активну фазу (фаза потуг)

II ПЕРІОД. ВАЖЛИВІ ПОНЯТТЯ: ПОЛОГІВ

- потуги (натуги) — ритмічне поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна;
- вривання голівки — поява голівки з Бульварного кільця лише під час потуги;
- прорізування голівки — голівка зберігає положення у бульварному кільці після припинення потуги.

Максимально припустима тривалість II періоду у жінок, що народжують вперше та повторно, відповідно, 2 та 1 година.

Оцінка стану плода

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультативної Бхвилин у ранню фазу другого періоду, та після кожної потуги у активну фазу.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу — кожні 15 хвилин. Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

III ПЕРІОД ПОЛОГІВ (ПОСЛІДОВИЙ ПЕРІОД)

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів:

- Активна
- Очікувальна.

Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці під час вагінальних пологів.

Роділлі повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;

- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Відсутність одного з компонентів — виключає активне ведення III періоду пологів!!!

Очікувальне ведення третього періоду пологів.

Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова), жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду. У разі виникнення кровотечі ручне відділення плаценти та видалення посліду проводять негайно під адекватним знеболенням.

