

Тема 2. Біомеханізм пологів при потиличному передлежанні. Клінічний перебіг і ведення I, II, III періодів пологів. Післяпологовий період.

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 площини 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 врзування та прорізування голівки тулуб просувається до малого таза, причому поперечний розмір плечиків вступає в один з косих розмірів входу до малого таза.

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	<p>I – згинання голівки</p> <p>II – внутрішній поворот головки потилицею допереду</p> <p>III – розгинання голівки</p> <p>IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки</p>	<p>I – неповне згинання голівки</p> <p>II - внутрішній поворот головки потилицею дозаду</p> <p>III – додаткове згинання голівки</p> <p>III - розгинання голівки</p> <p>IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки</p>
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)

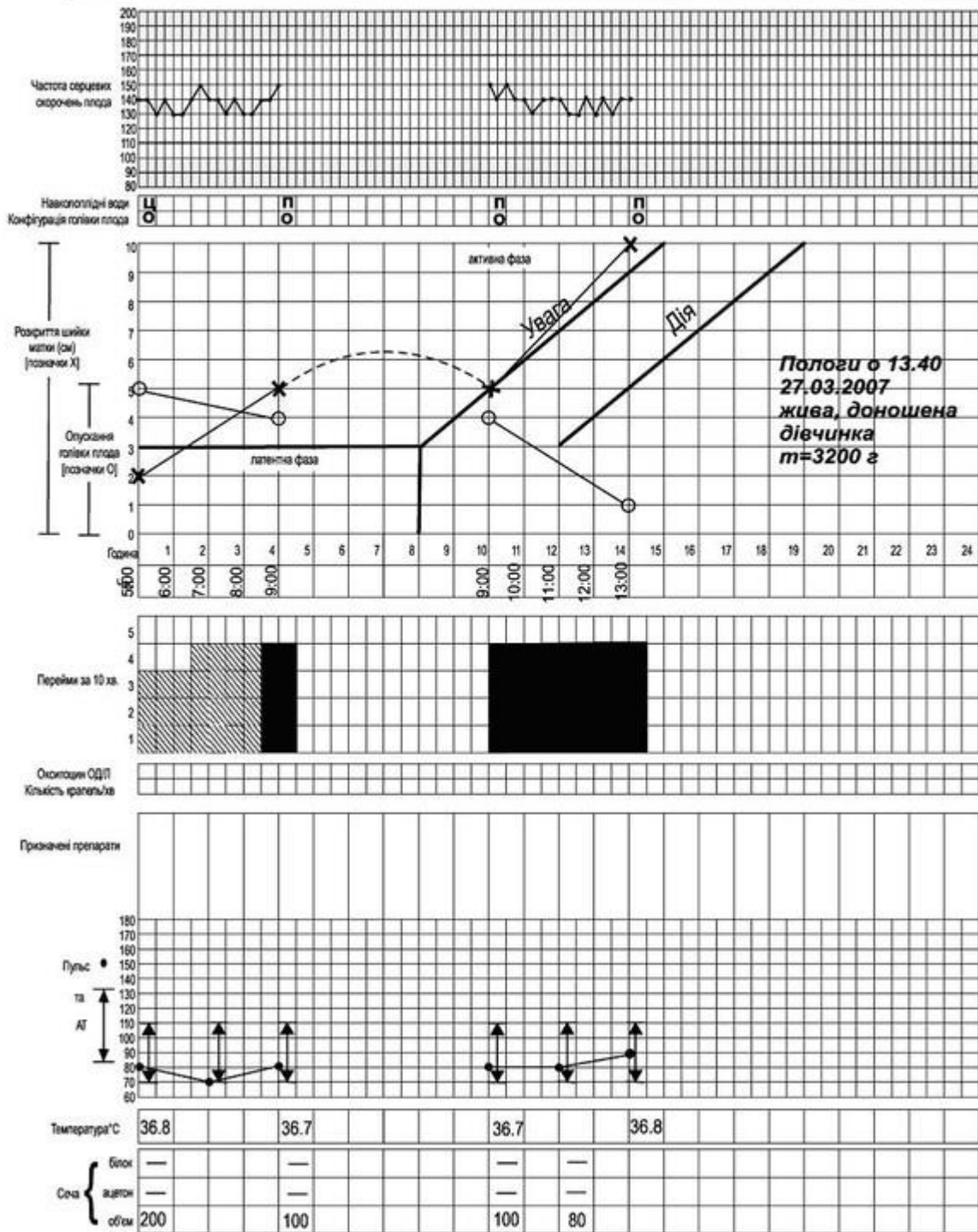
ПІБ *Марія О.*

Вагітність *1*

Кількість пологів в анамнезі *0*

Дата госпіталізації *27.03.2007* Час госпіталізації *5.00*

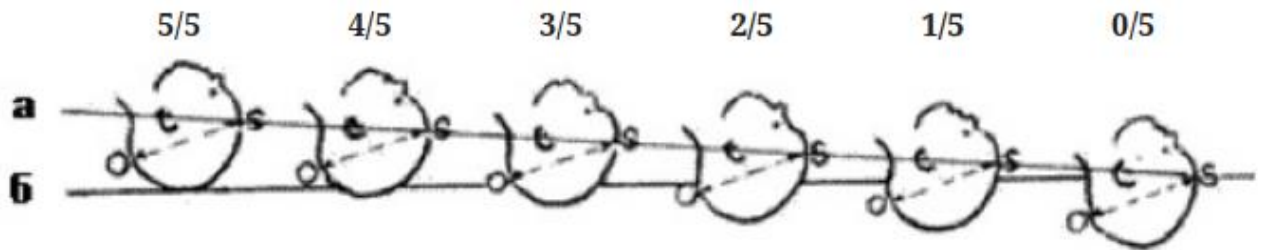
Тривалість безводного проміжку —



Діагноз:

- Визначення положення голівки плода щодо міжостової 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 врізується 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 вставляння 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;
- врізування 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 кожні 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.

Роділля 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.



РАННІЙ ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

- починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години.

В цей період породіллі знаходиться у пологовому відділення, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період слід розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

ПІЗНІЙ ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

- настає через 2 години після пологів

- триває впродовж 6-8 тижнів

- під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ЖІНКИ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Матка. Відразу після народження посліду, матка починає швидко скорочуватися та набуває округлої форми. Негайно після народження плаценти тіло матки скорочується і дно її знаходиться на серединні відстані між лобком і пупком, потім трохи піднімається. Протягом наступних двох днів дно матки знаходиться трохи нижче пупка; через 2 тижні після пологів матка опускається нижче симфізу. До попередніх розмірів матка повертається звичайно через 6 тижнів. Протягом 2-3 днів після пологів децидуальна оболонка залишається в матці і розділяється на два шари. Поверхневий шар некротизується і виділяється з лохіями. Регенерація ендометрію проходить протягом 3 тижнів, за виключенням плацентарної ділянки (6 тижнів).

Шийка матки. Через 10-12 годин після пологів канал шийки матки має лійкоподібну форму, внутрішнє вічко пропускає 2-3 пальці, а на 3 добу — один палець. На 8-10 день сформована, внутрішнє вічко закрите.

Яєчники. Характерним є ановуляторний цикл, на фоні якого відбувається перша менструація після пологів. В подальшому овуляторні цикли відновлюються. Завдяки

виділенню великої кількості пролактину у жінок при грудному годуванні, менструації відсутні кілька місяців.

Вагіна. Дрібні пошкодження слизової оболонки вагіни регенерують за 5-7 діб. Статева щільність зникається, поступово відновлюється тонус м'язів тазового дна.

Молочні залози. Естрогени і прогестерон протягом вагітності стимулюють ріст протоків і альвеолярної системи молочних, які нагромаджують. Утворення молока регулюється нервовою системою та гормоном аденогіпофіза — про-лактином. До 3 доби після пологів молочні залози виробляють молозиво. Молозиво має високу концентрацію білків, переважно глобулінів, і мінералів й меншу — цукру і жиру. Молозиво містить високий рівень імуноглобулінів А, О, М, О, а також Т- і В-лімфоцити.

Молозиво проходить конверсію у зріле молоко протягом 5 днів. Головними компонентами молока є білки (альбуміни, глобуліни, казеїн), лактоза, вода, жир.

Післяпологовий догляд

Основні принципи догляду:

- Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини
- Підтримка раннього грудного вигодовування:
- Підтримка у матері відчуття впевненості в собі
- Проведення консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки

виписки

Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:

- Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагромадження, стан сосків, наявність тріщин на них.

- Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки.

Інтервали часу:

- протягом перших двох годин — кожні 15 хвилин
- протягом третьої години — кожні 30 хвилин
- протягом наступних трьох годин — кожні 60 хвилин
- протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні — один раз на добу.
- Виконання вправ післяпологової гімнастики.

10 КРОКІВ ТЕПЛООВОГО ЛАНЦЮЖКА

1. Тепла пологова кімната (операційна).

Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25 °С -28 °С.

2. Негайне обсушування дитини.

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками. Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою. Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

3. Контакт «шкіра-до-шкіри».

Контакт «шкіра-до-шкіри» запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою

1 знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше

2 годин.

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5 °С-37,5 °С при вимірюванні в аксілярній ділянці.

4. Грудне вигодовування.

Грудне вигодовування треба починати як можна раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті «шкіра-до-шкіри». Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

5. Відкласти зважування та купання.

Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти. Кров та меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкіра-до-шкіри» перед переведенням в палату спільного перебування.

6. Правильно одягнути та загорнути дитину.

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи. У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7. Цілодобове спільне перебування матері та дитини

За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньолікарняної інфекції.

8. Транспортування в теплих умовах.

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення, (палату) медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю. При народженні дитини шляхом кесарського розтину, новонароджений транспортується в куветі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9. Реанімація в теплих умовах.

Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

10. Підвищення рівня підготовки та знань.

Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка.