

IL PARTO

DOTT.IANNONE, Prof Bonaccorsi 2017

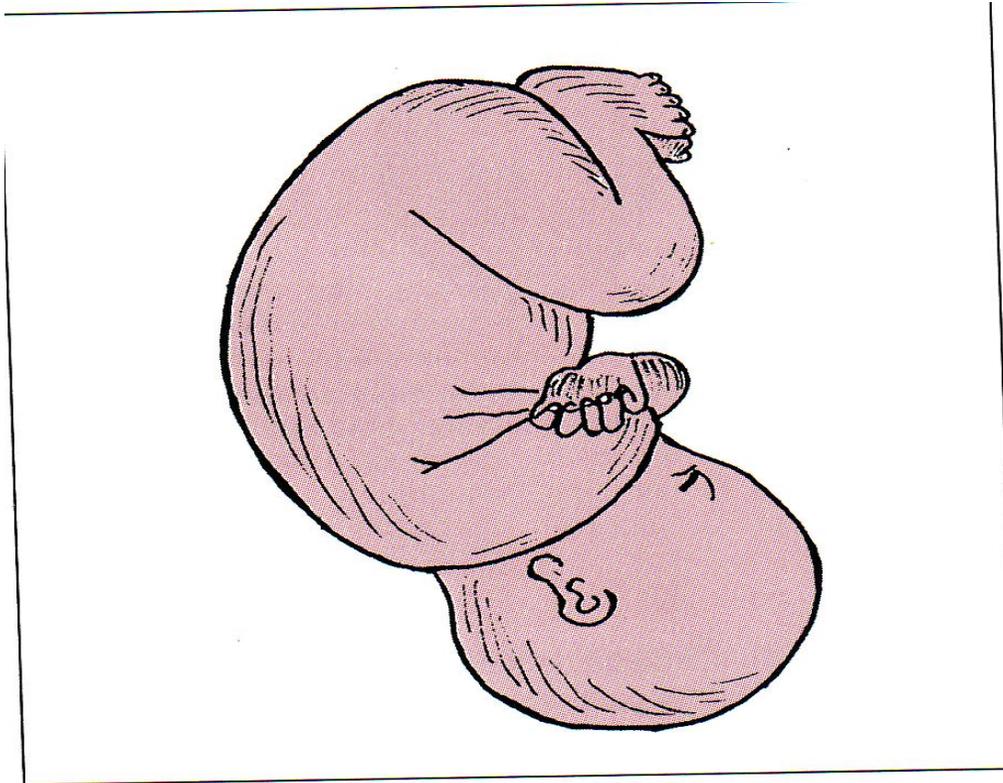


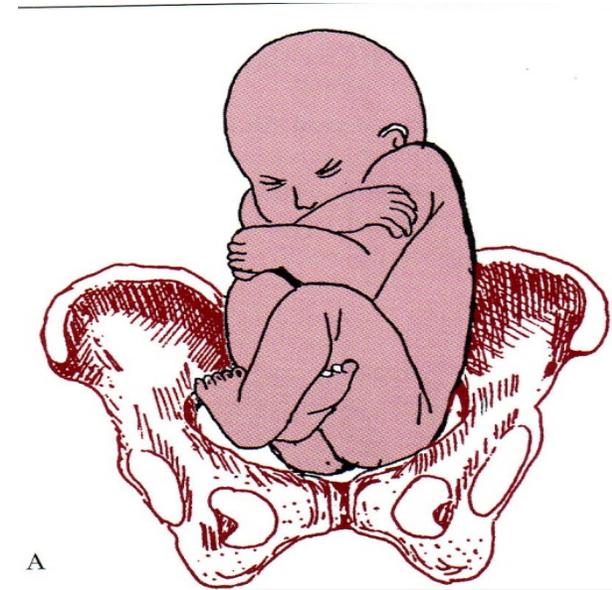
Fig. 10-20. – L'atteggiamento fetale.

ATTEGGIAMENTO: Rapporto tra le singole parti fetali tra loro

SITUAZIONE



FIGURE 12-2. Lies. A. longitudinal; B. transverse; C. oblique.



longitudinale

Rapporto tra l'asse longitudinale del feto e l'asse longitudinale dell'utero

Presentazioni cefaliche

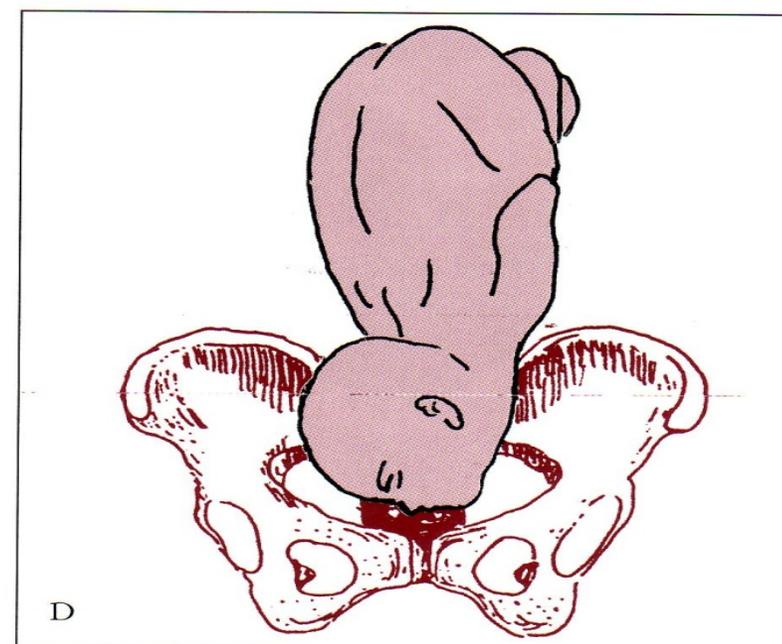
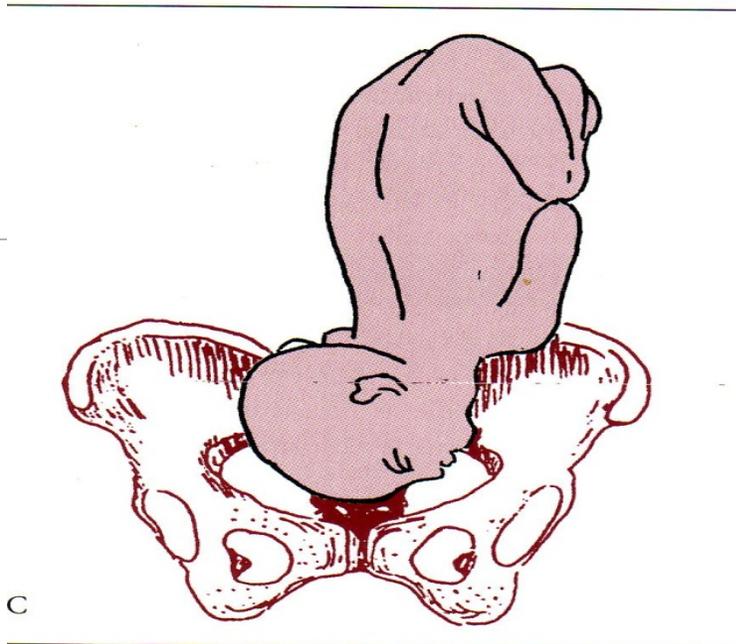
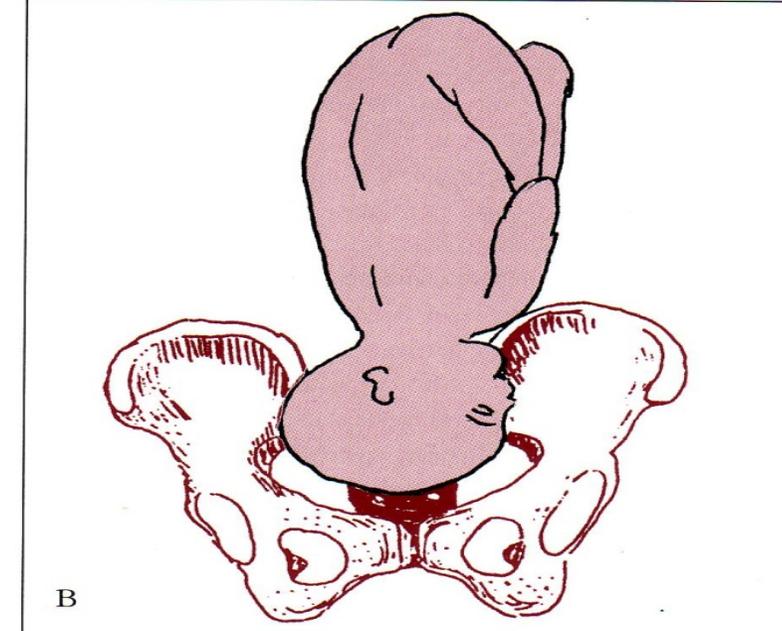
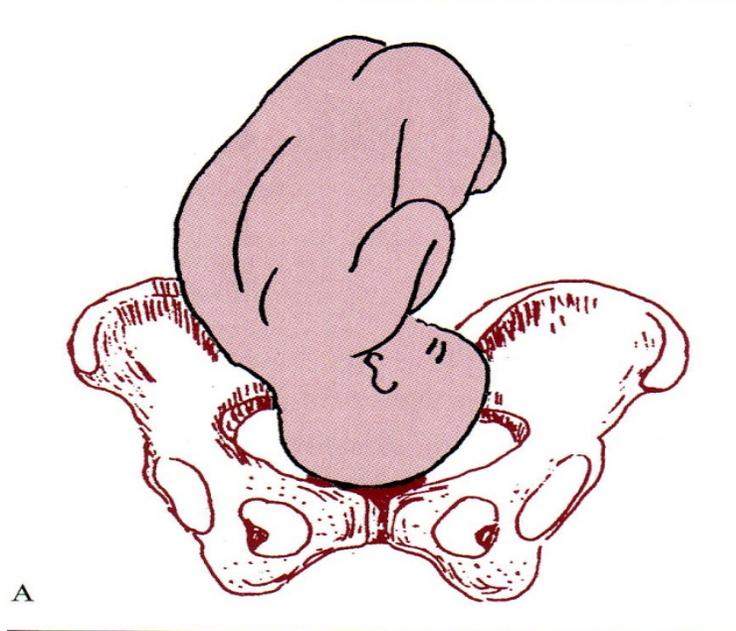
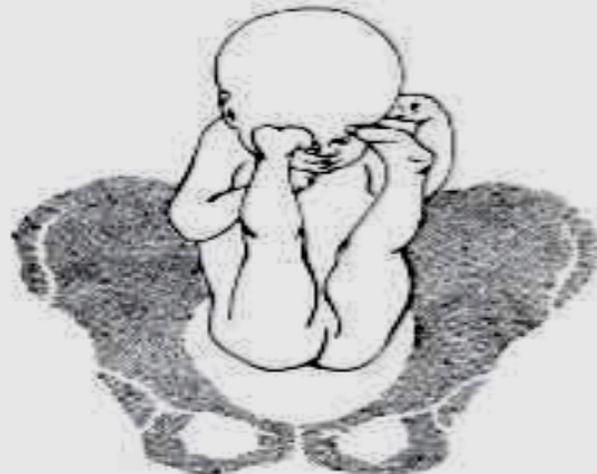


Fig. 10-24 A-D. – Le presentazioni cefaliche: A) Vertice od occipite; B) Bregma o sincipite; C) Fronte; D) Faccia.

TIPI DI PRESENTAZIONE PODALICA



A. Complete breech.



B. Frank breech.



C. Footling breech.



D. Kneeling breech.

Fenomenologia del parto

Fenomeni meccanici:

Movimenti compiuti dal feto per attraversare il bacino materno

Fenomeni dinamici:

Modificazioni materne per consentire l'espulsione del feto e degli annessi

Fenomeni plastici:

Modificazioni subite dal feto nell'attraversare il canale del parto (es. tumore da parto)

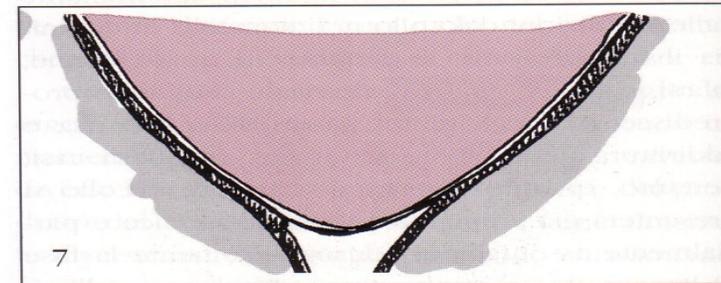
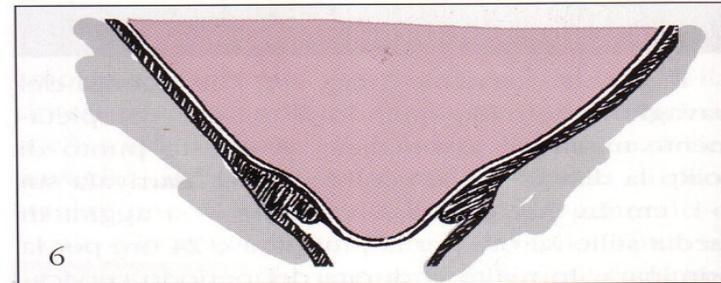
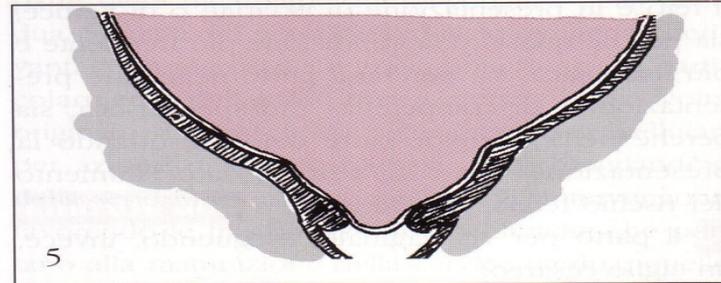
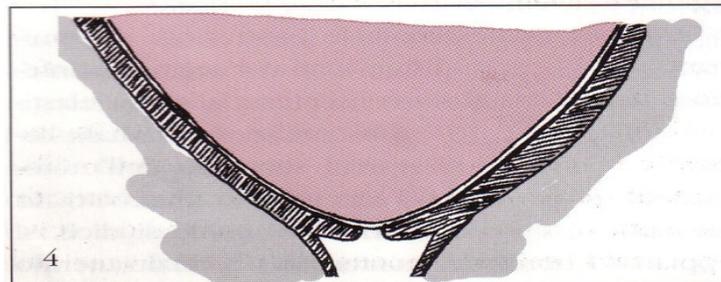
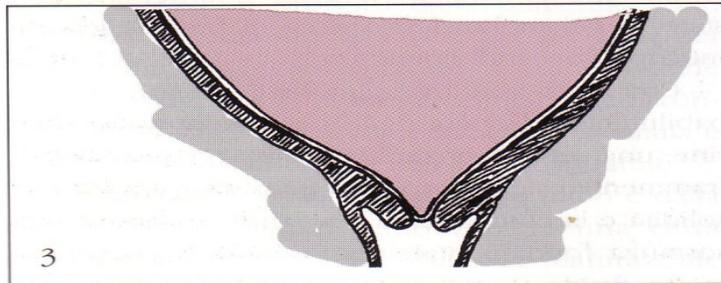
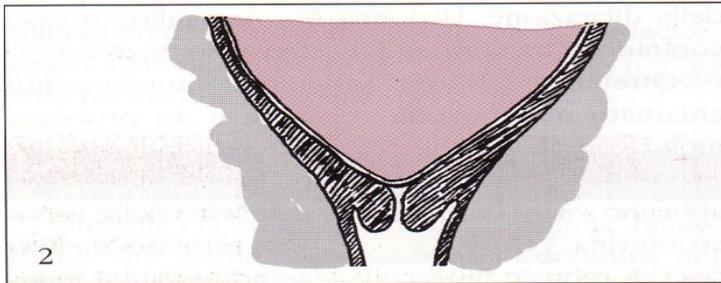
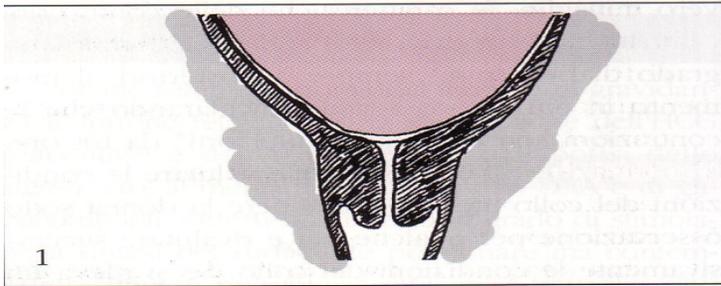


Fig. 10-31. - Modificazioni del collo dell'utero durante il travaglio: 1 = situazione prima del travaglio; 2 e 3 = collo in via di maturazione; 4 = collo completamente appianato; 5 e 6 = collo in via di dilatazione; 7 = dilatazione completa.

Fenomeni dinamici:

Distensione del segmento inferiore

Appianamento e dilatazione del collo uterino

Formazione della borsa delle acque

Rottura della borsa delle acque

Distensione delle parti molli del Canale del parto

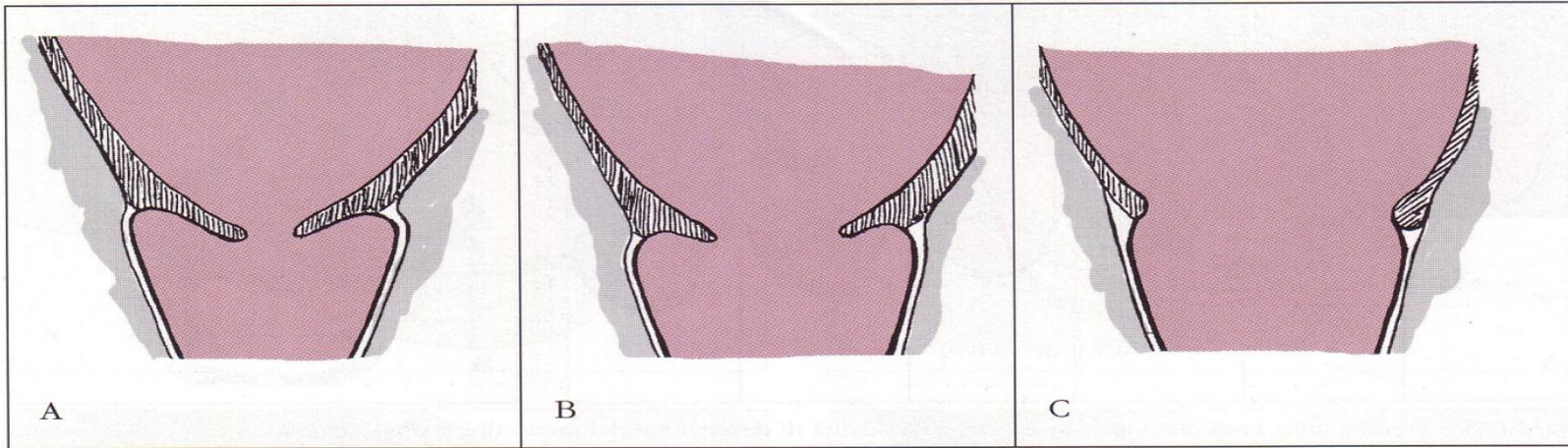


Fig. 10-34. - Formazione del canale del parto con progressiva scomparsa del bordo cervicale e dei fornici vaginali.

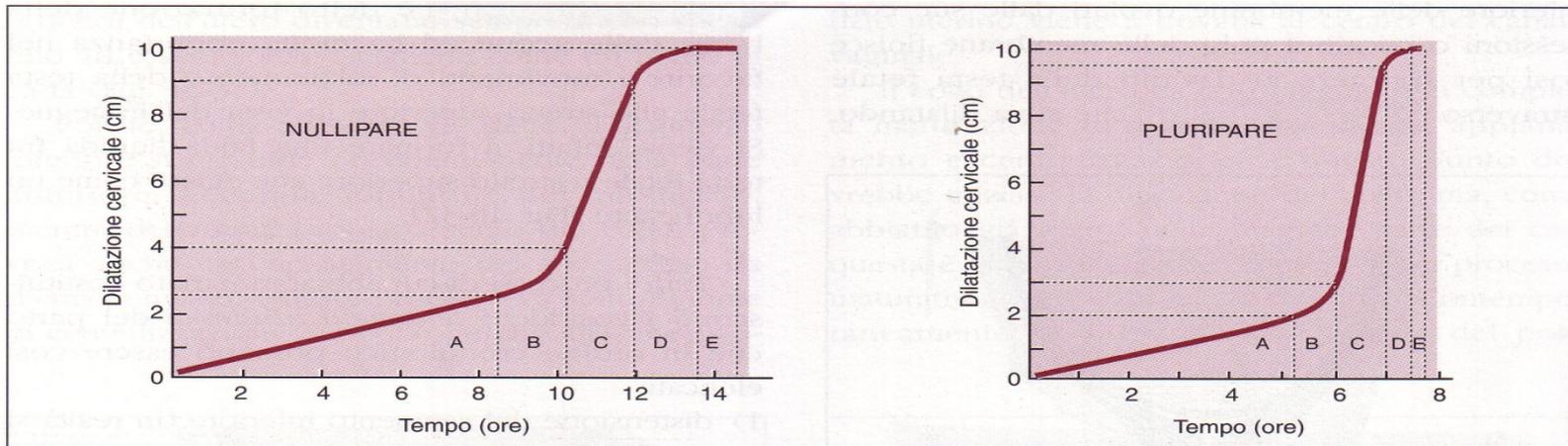
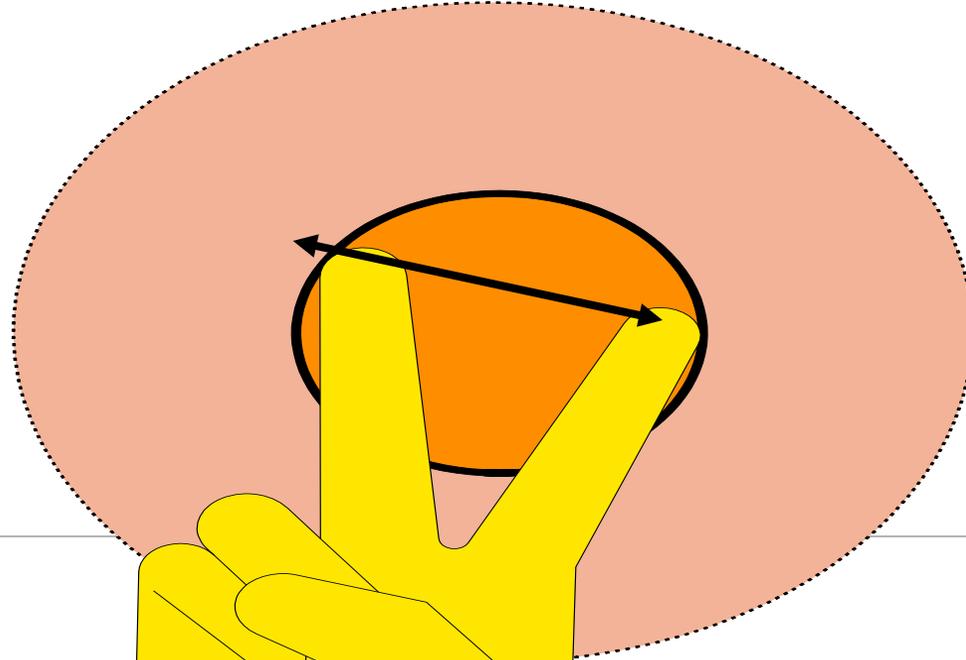


Fig. 10-33. - Curva cervimetrica (sec. Friedman): A = fase di latenza; B, C, D, E = periodo dilatante con le sue fasi di maggiore o minore velocità di dilatazione.

Valutazione della dilatazione cervicale

10 cm



Dilatazione 4 cm

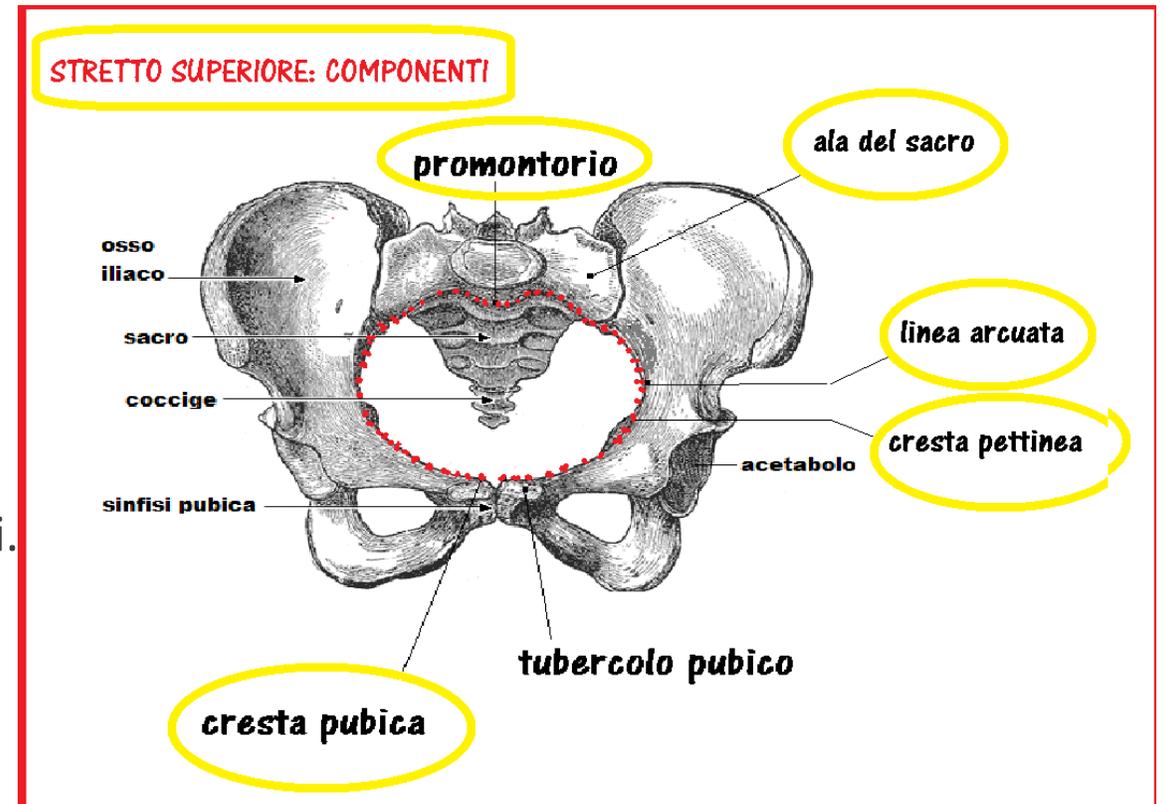
MECCANICA FISIOLOGICA DEL PARTO

□ 3 FATTORI:

Forza	Canale osseo	Corpo mobile
Attività contrattile uterina	Stretto superiore	Testa fetale
Muscoli torchio addominale	Scavo pelvico	Tronco fetale
	Stretto inferiore	Podice

STRETTO SUPERIORE

- Forma di cuore da carta da gioco con la punta in avanti. Inclinazione in avanti di 60°
- Delimitato:
 - Promontorio sacro-vertebrale
 - Parte superiore sinfisi sacroiliaca
 - Linea innominata o arcuata
 - Eminenza o cresta ileo pettinea
 - Margine superiore branca orizzontale pube e sinfisi.



STRETTO SUPERIORE

□ Diametri:

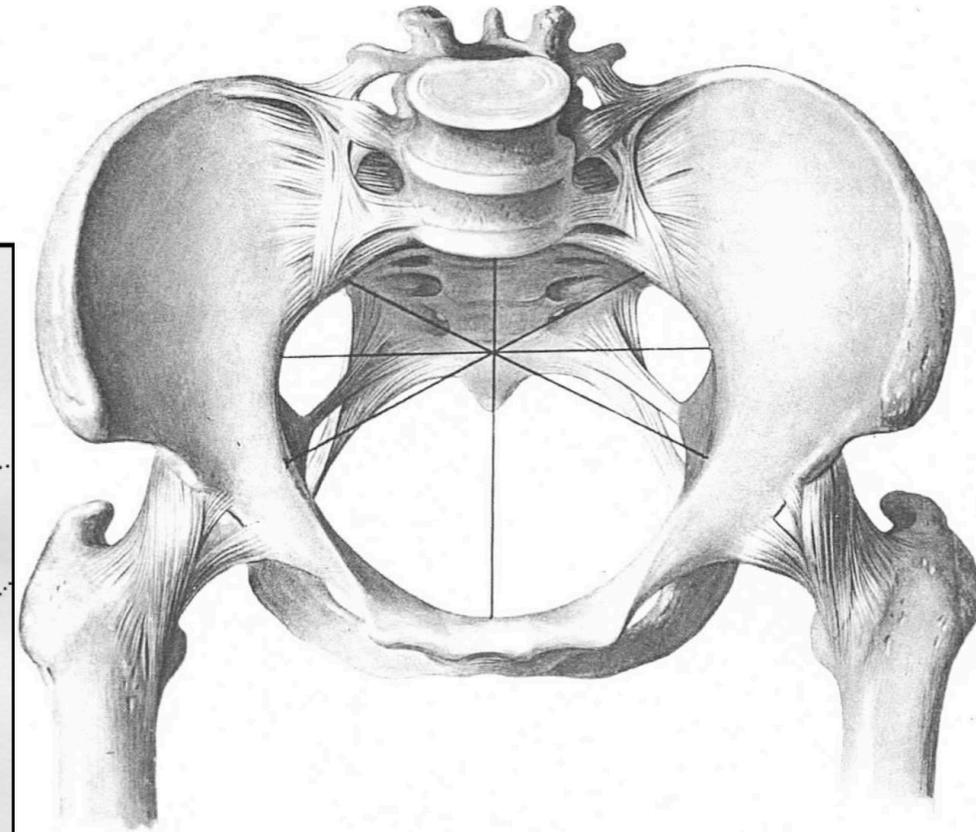
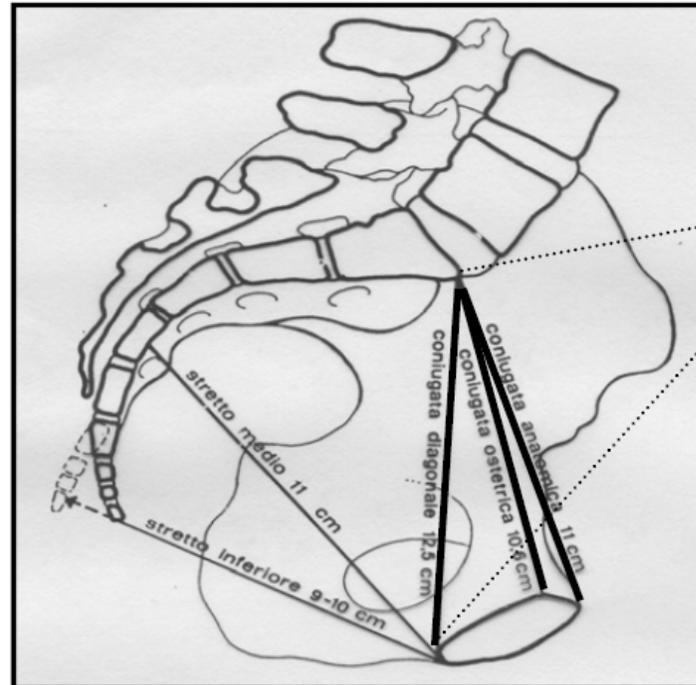
○ Antero-posteriore (coniugata anatomica 11 cm)

○ Antero-posteriore utile
(coniugata ostetrica 10.5cm)

○ Coniugata diagonale
(12.5 cm)

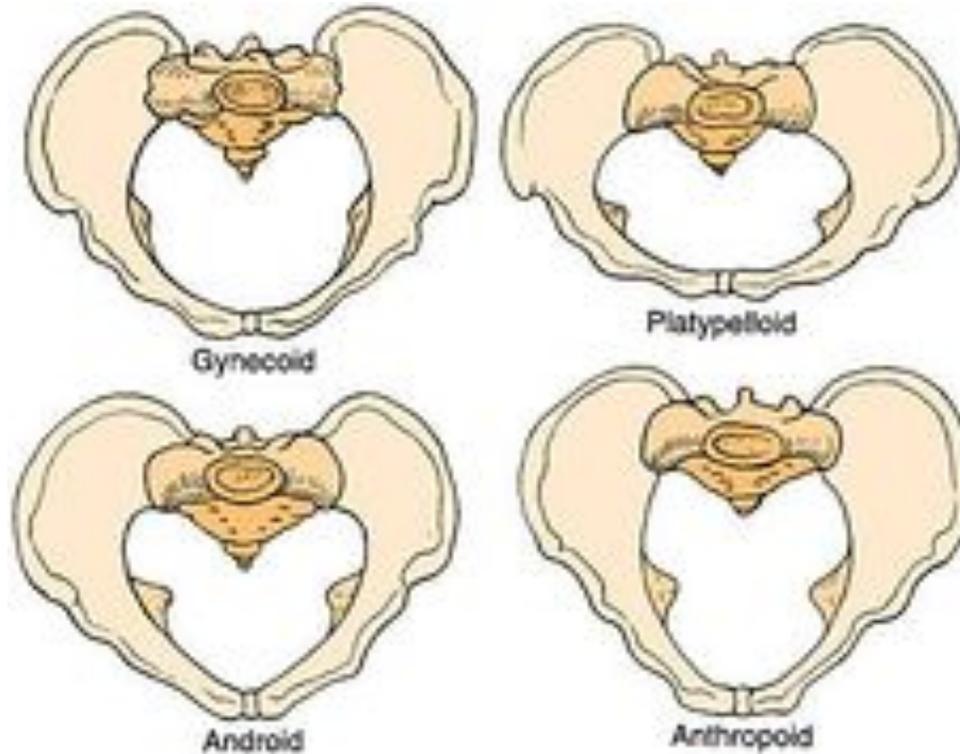
○ Diametro trasverso massimo
(13.5 cm)

○ Diametri obliqui (12.5 cm)



STRETTO SUPERIORE

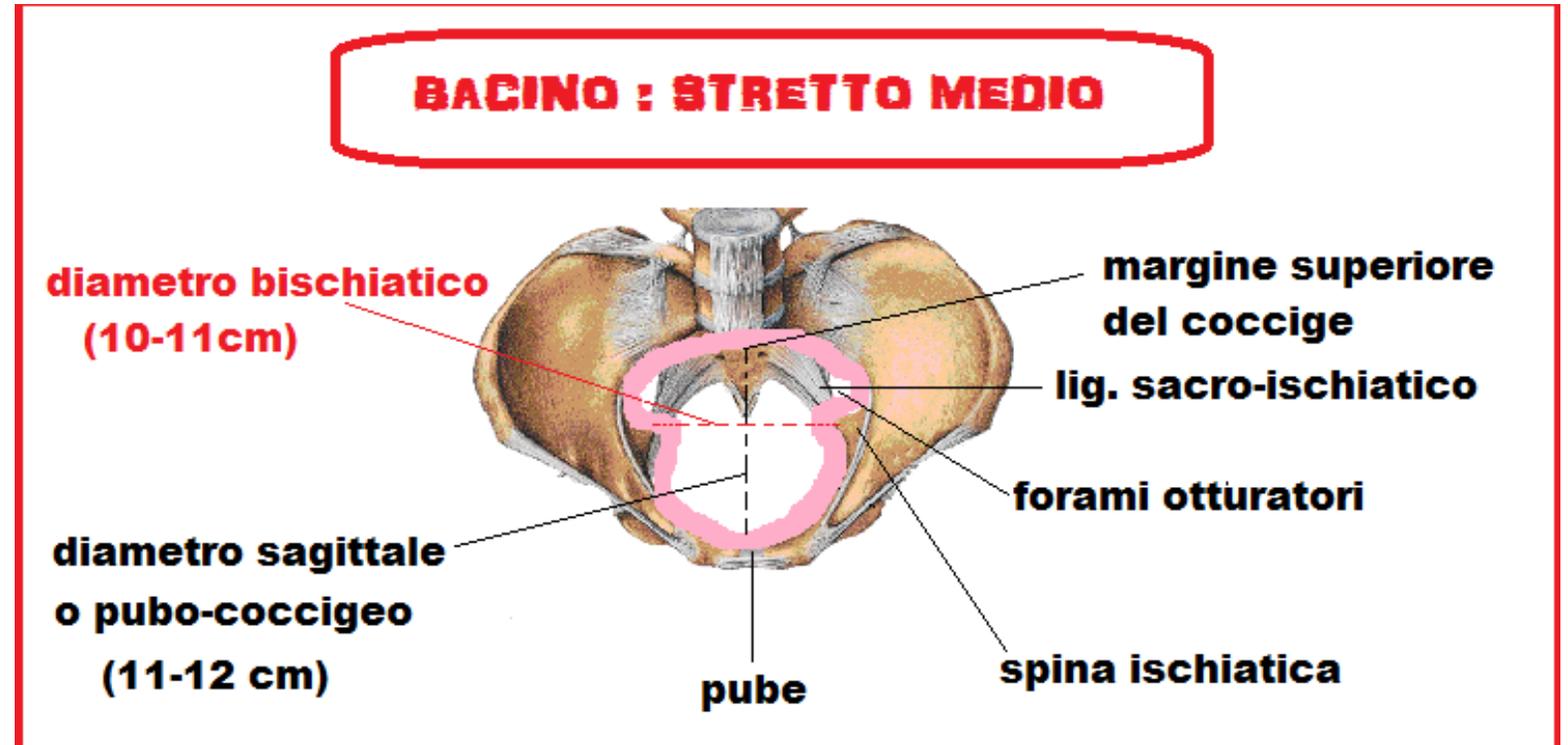
- Pelvi androide
- Pelvi platipelloide
- Pelvi ginecoide
- Pelvi antropoide



STRETTO MEDIO

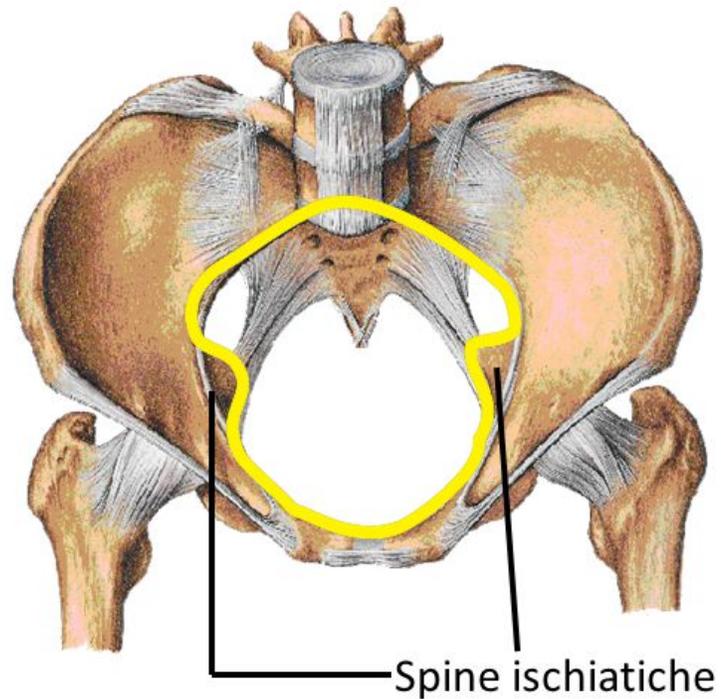
- ❑ Margine inferiore sinfisi pubica
- ❑ Spine ischiatiche
- ❑ Ultima/ penultima vertebra sacrale

- ❑ Diametri:
 - Antero-posteriore (11 cm)
 - Trasverso (10.5-11 cm)

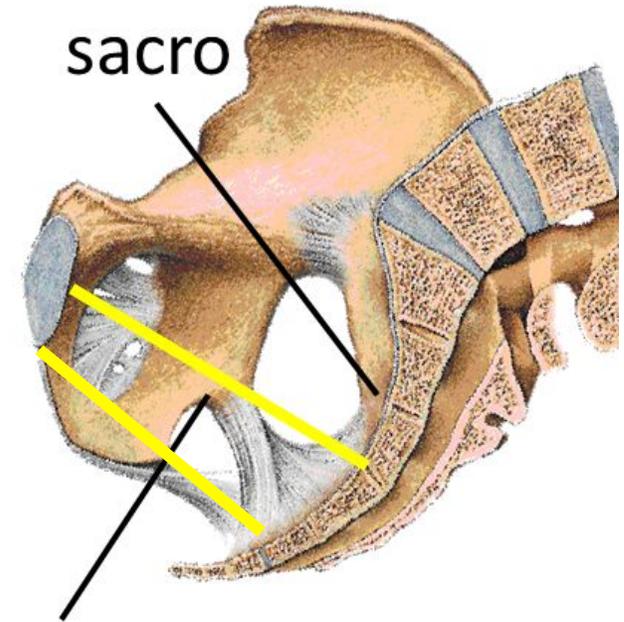


SCAVO PELVICO

- ❑ Cilindro tagliato obliquamente:
 - Faccia posteriore sinfisi pubica
 - Forami otturatorii
 - Legamenti sacro-ischiatici
 - Sacro e coccige
- ❑ Piano pelvico maggiore: metà sinfisi pubica e vertebra S3
- ❑ Stretto medio

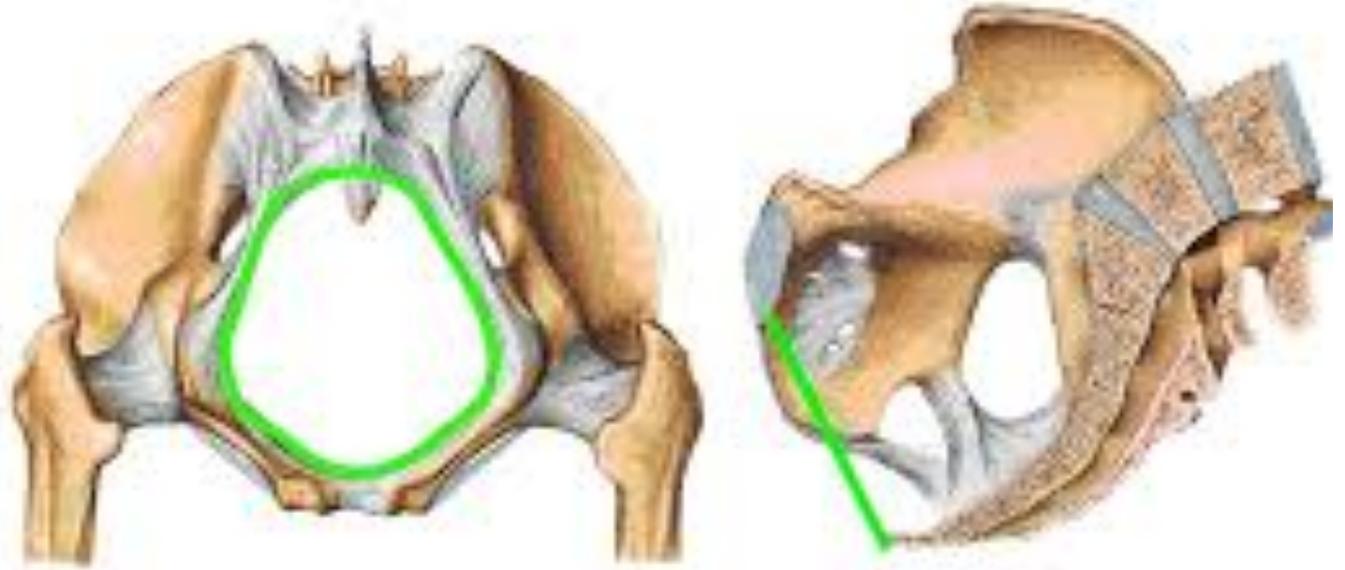


Concavità del sacro

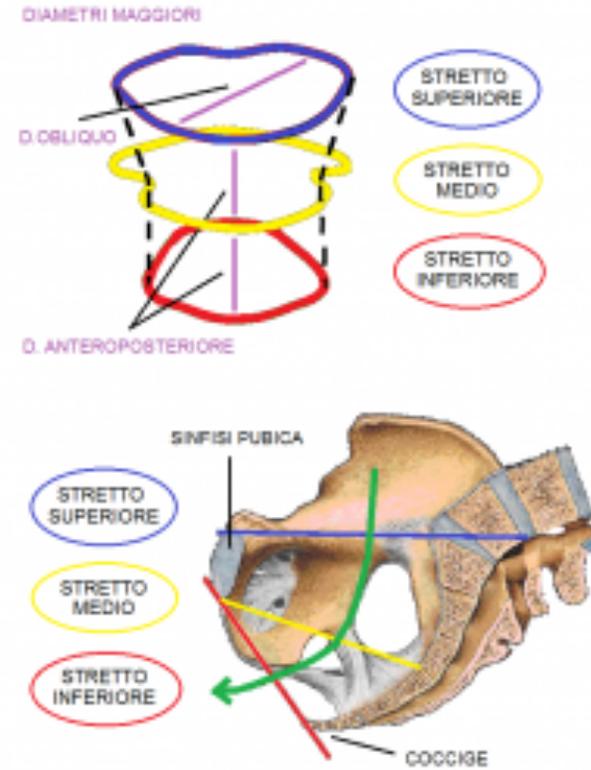
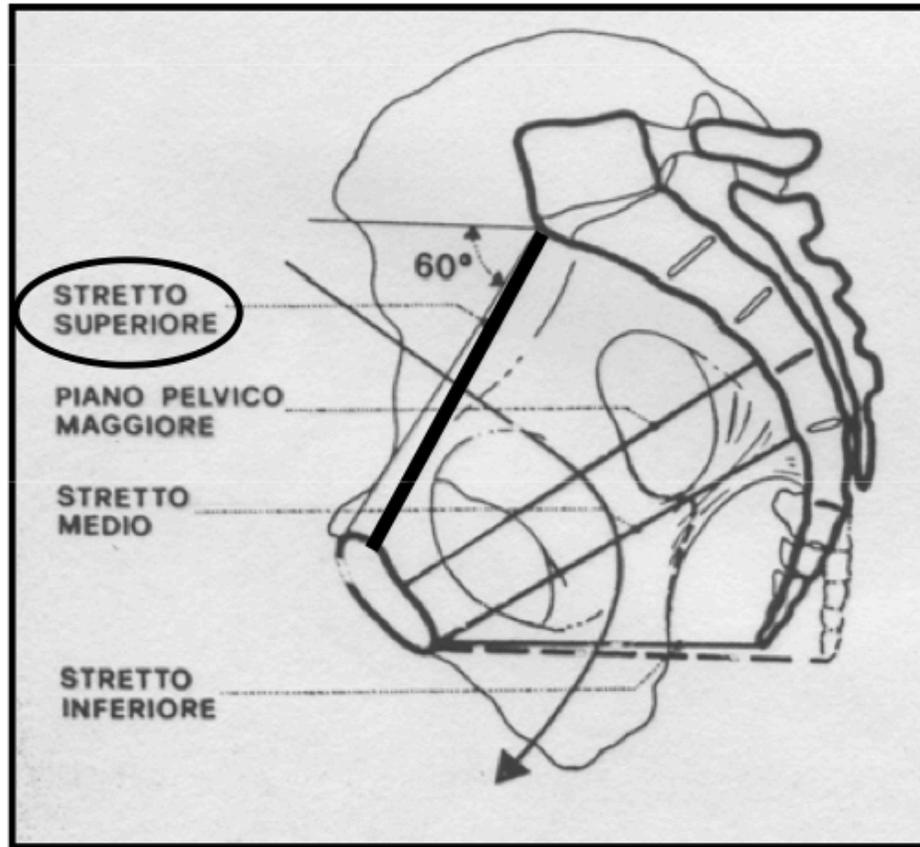


STRETTO INFERIORE

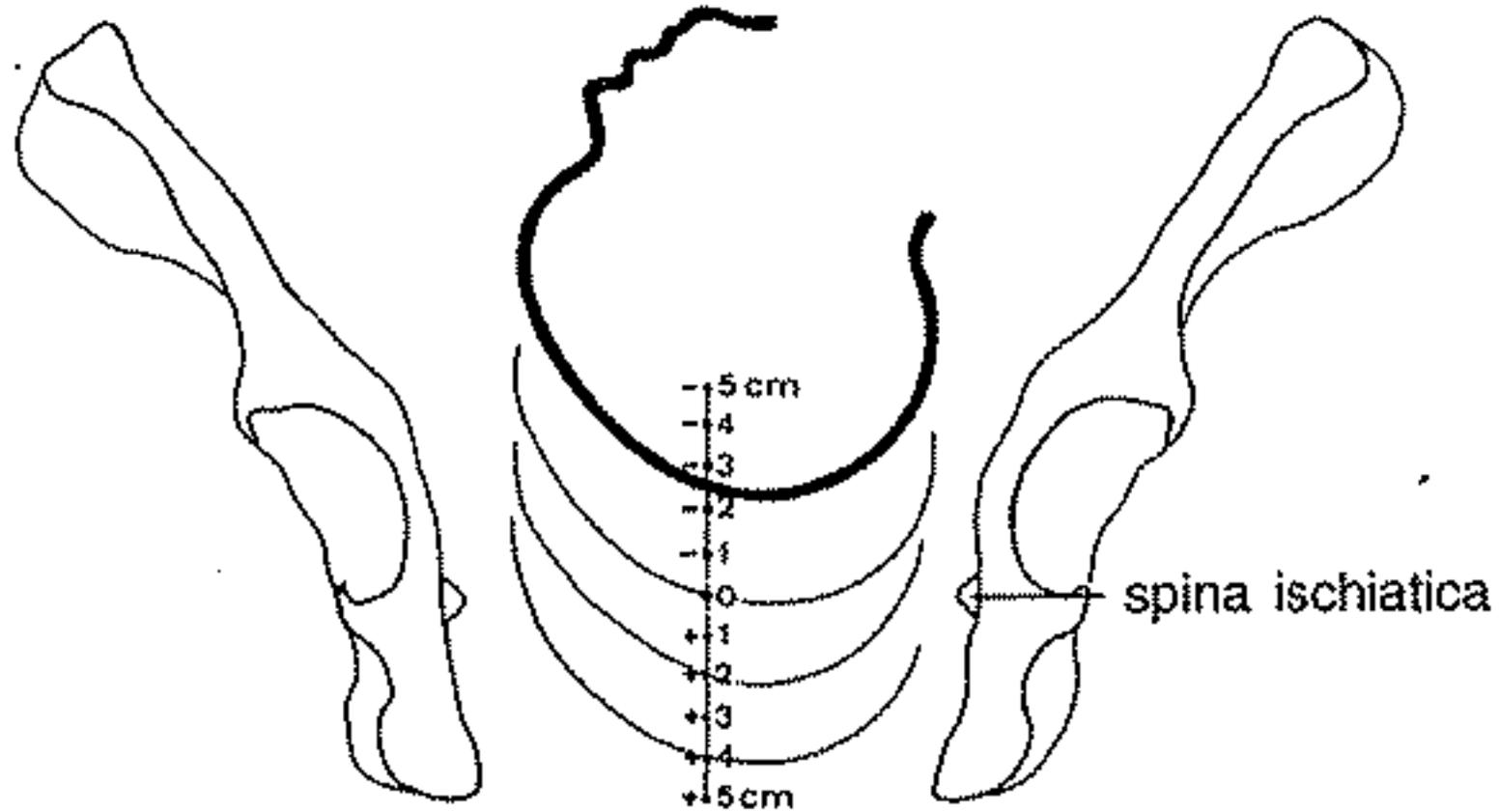
- ❑ Rombo o triangolo diedro.
- ❑ Delimitato:
 - Apice coccige
 - Tuberosità ischiatiche
 - Apice arcata sottopubica
- ❑ Diametri:
 - Antero-posteriore
(9-10 cm fino a 12.5 cm)
 - Trasverso (11 cm)



CANALE OSSEO



LIVELLO DELLA PARTE PRESENTATA



FETO DE TERMO

DIÂMETROS AP - T - Verticais

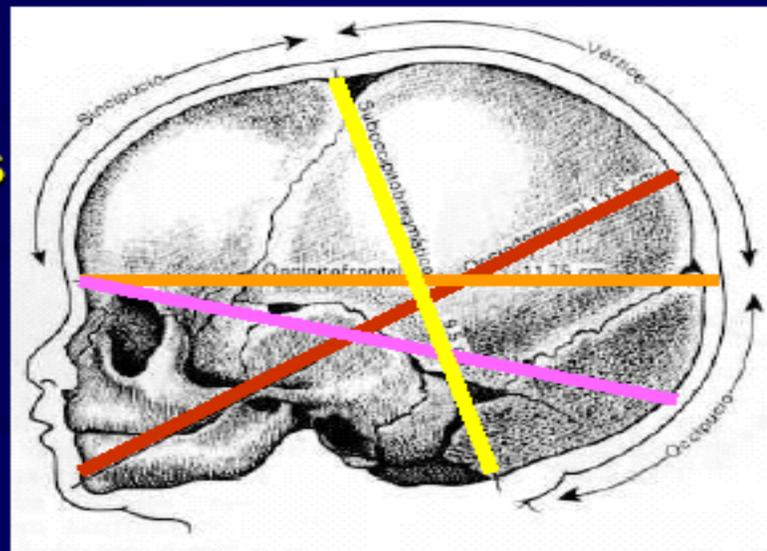
AP - ântero-posteriores

OM = 13 -13,5

OF = 12

SOF = 10,5

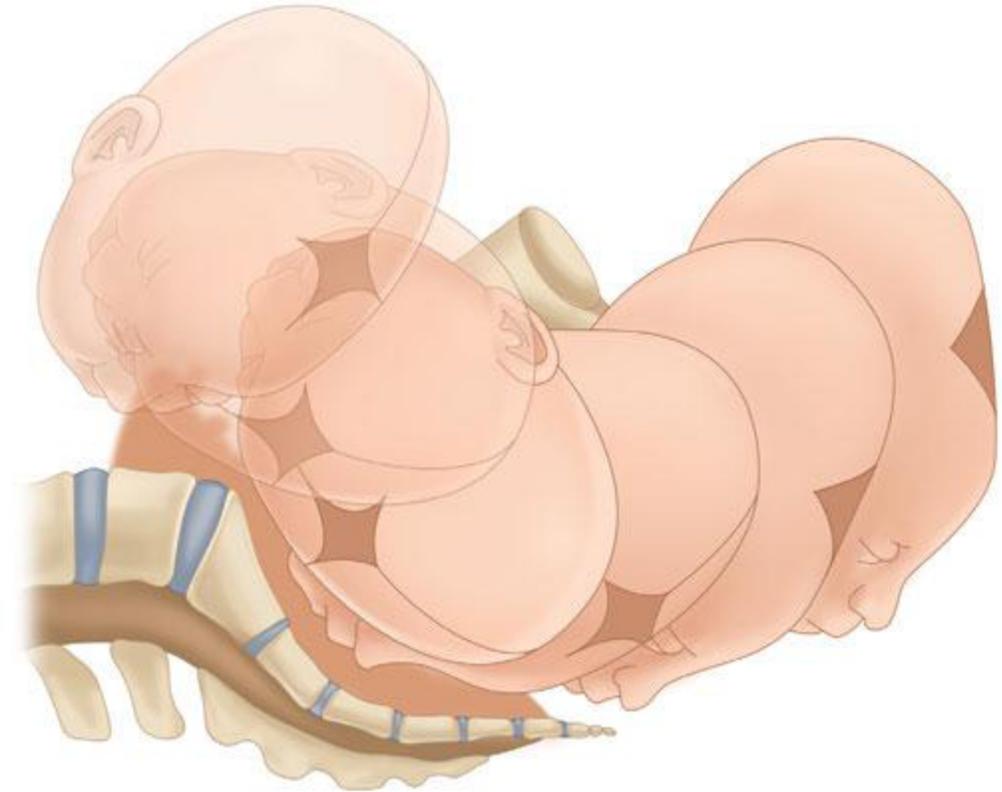
SOBr = 9,5



CORPO MOBILE

□ 6 TEMPI:

- Riduzione ed impegno
- Progressione della parte presentata
- Rotazione interna
- Disimpegno della testa fetale
- Rotazione esterna o restituzione
- Espulsione del feto



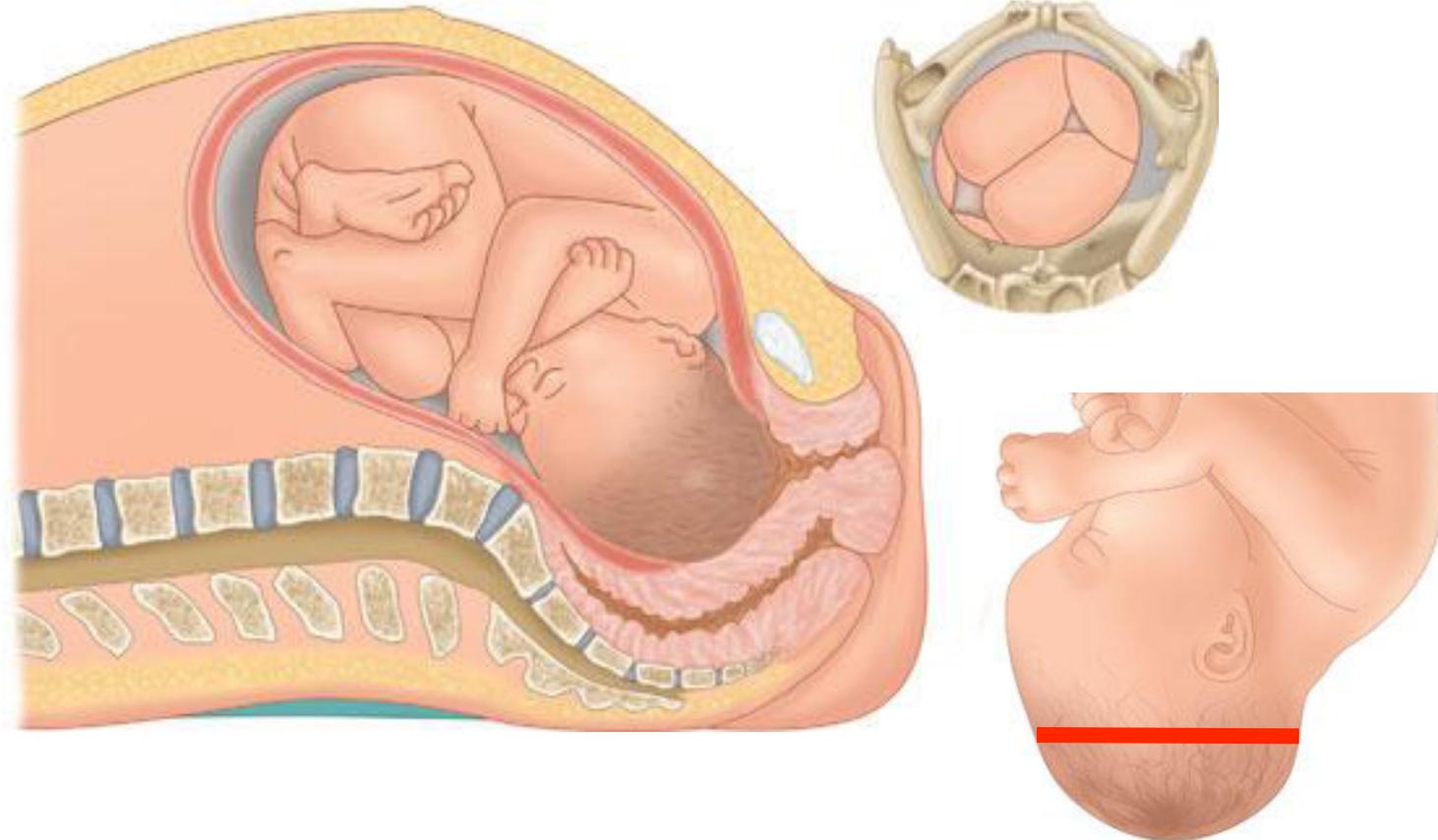
RIDUZIONE ED IMPEGNO

❑ Riduzione:

confronto con diametro
suboccipito-bregmatico

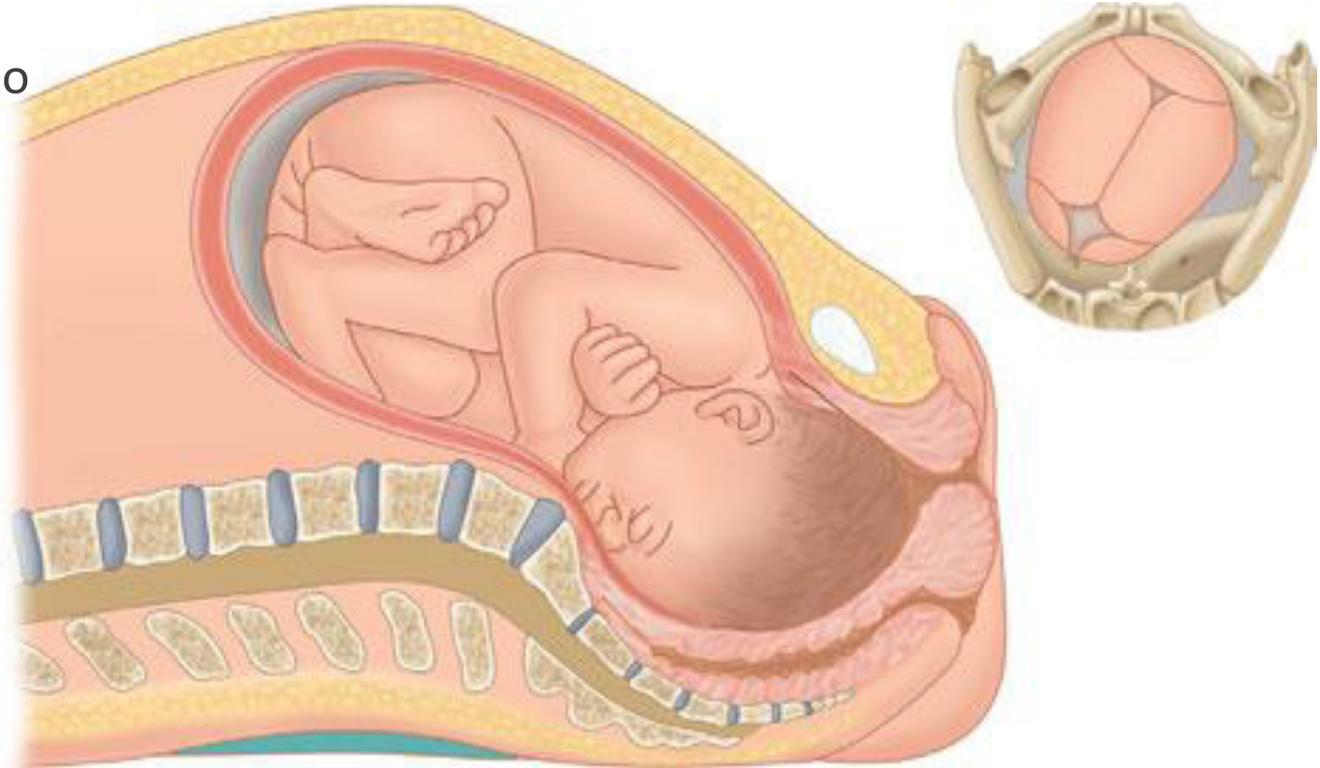
❑ Impegno:

La maggior circonferenza della parte
presentata supera lo stretto
superiore. (L0)



PROGRESSIONE DELLA PARTE PRESENTATA

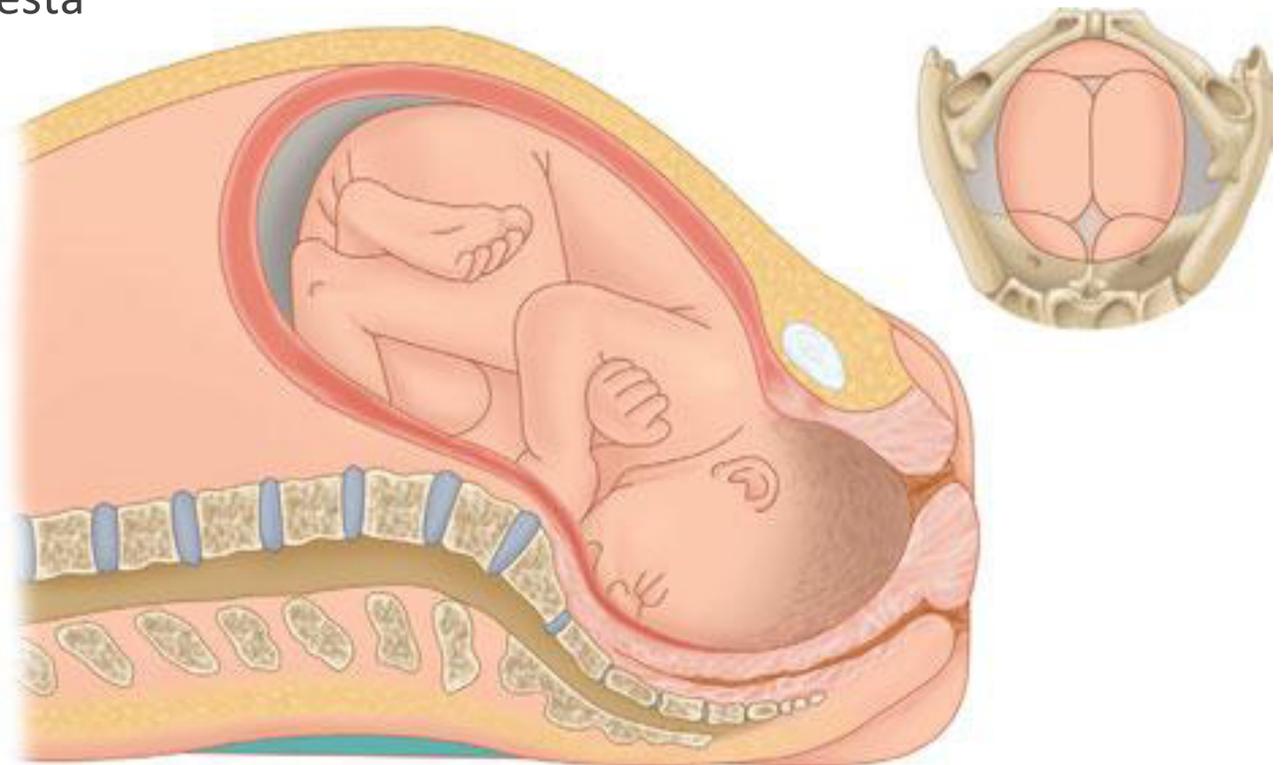
- Il feto procede lungo il diametro percorso della pelvi materna iniziando una progressiva rotazione.



ROTAZIONE INTERNA

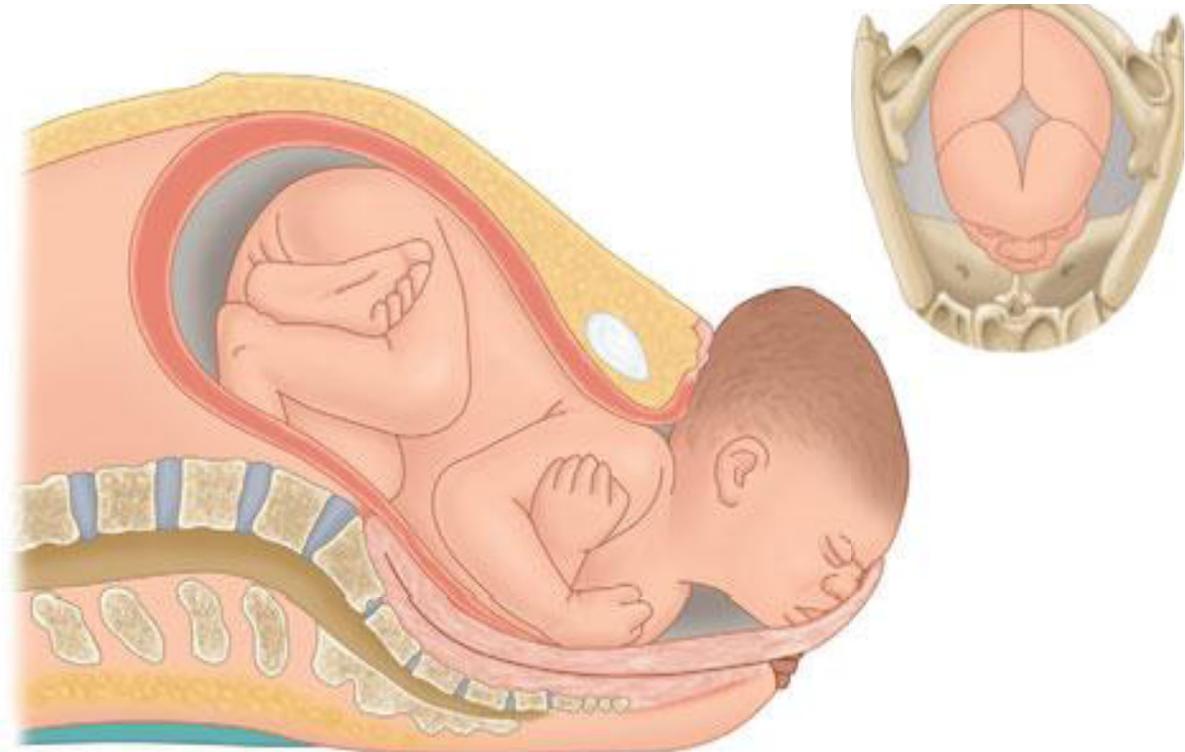
□ Avvicinandosi allo stretto medio, la testa ruota di $1/8$ di circonferenza per posizionare il suo diametro lungo quello antero-posteriore della pelvi. (L0: spine ischiatiche).

Le spalle si impegnano lungo il diametro obliquo.



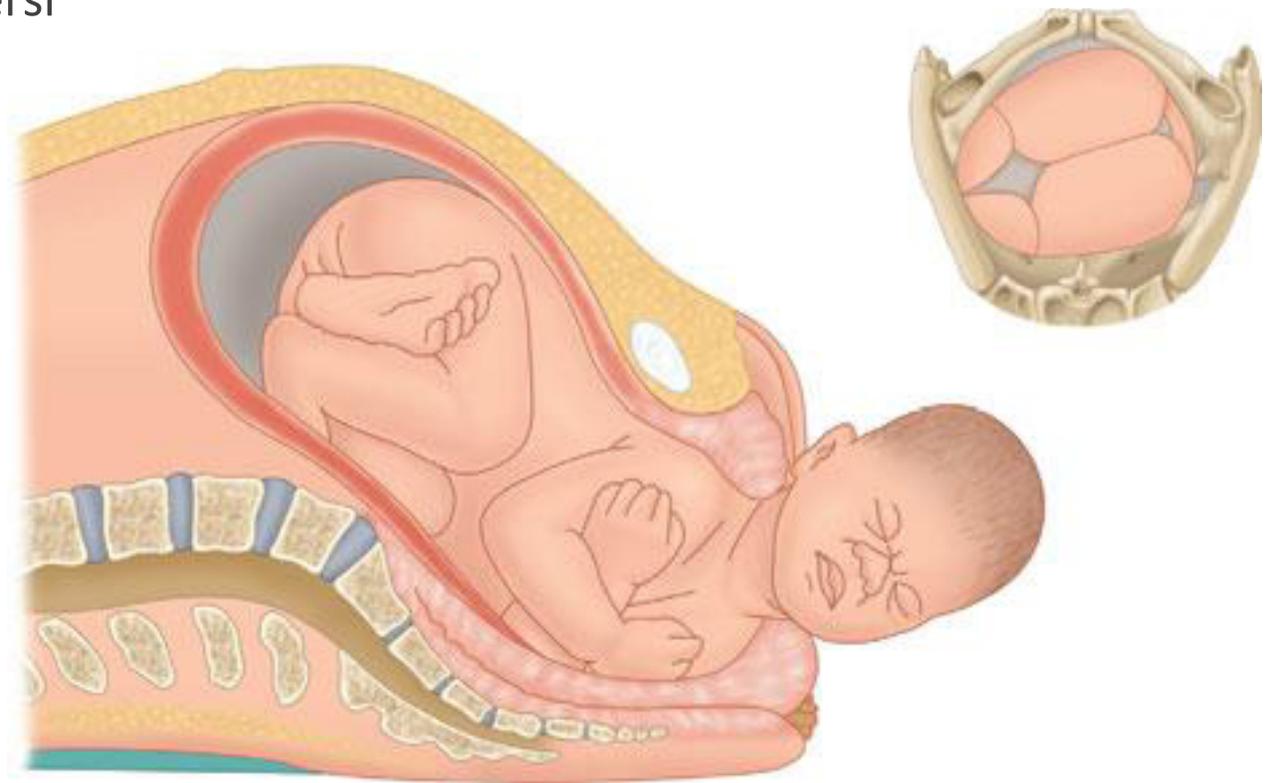
DISIMPEGNO TESTA FETALE

- ❑ La testa supera lo stretto medio e raggiunge lo stretto inferiore, superandolo.
- ❑ Distende vulva e perineo e fuoriesce dal soma materno

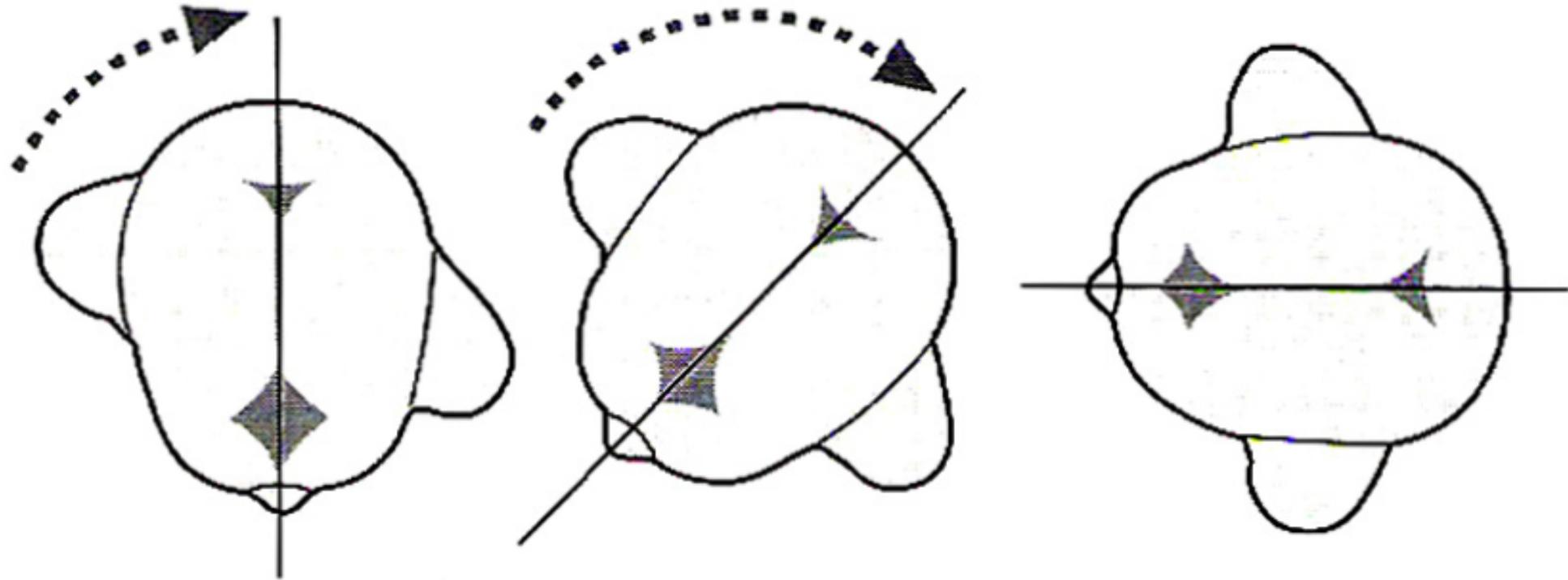


RESTITUZIONE E ROTAZIONE ESTERNA

- Iniziale rotazione della testa per mettersi in linea con le spalle che si impegnano lungo il diametro obliquo.
- Completamento della rotazione.
La testa si mette in linea con le spalle che sono lungo il diametro antero-posteriore.



RESTITUZIONE E ROTAZIONE ESTERNA



ESPULSIONE DEL FETO

- ❑ Impegno spalla anteriore sotto la sinfisi
- ❑ Impegno spalla posteriore, che distende il perineo.
- ❑ Fuoriuscita del resto del corpo con movimento elicoidale.

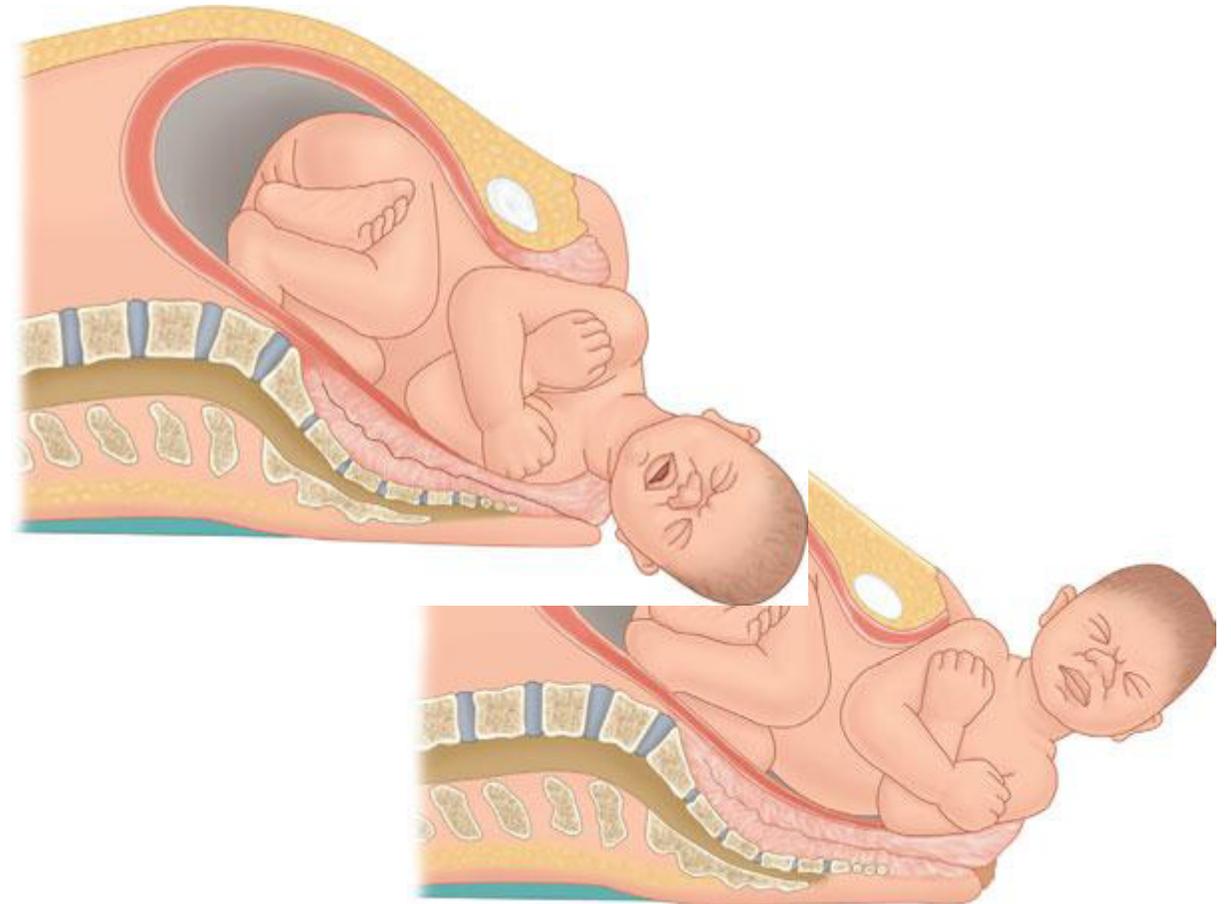




FIGURE 13-11. Combination of fetal head control and perineal support at the time of crowning.

<http://www.amazingpregnancy.com/weekbyweek/laborandbirth/jeannie/11.html>



<http://www.amazingpregnancy.com/weekbyweek/laborandbirth/jeannie/15.html>



Normalmente il parto avviene tra 37 e 42 settimane

La fisiologia dell'esordio del travaglio è ancora incompletamente conosciuta

Clinicamente, il travaglio di parto si riconosce per la concomitanza di contrazioni regolari e dilatazione del collo dell'utero

Di solito, 3-5 cm di dilatazione e contrazioni ogni 2-3 minuti

Gli stadi del parto

Primo stadio: periodo dilatante

Secondo stadio: periodo espulsivo

Terzo stadio: secondamento

Postpartum (Quarto stadio)

Primo stadio: dilatazione (durata variabile, mediamente 6-7 ore nelle para 0)

Secondo stadio: espulsione (durata variabile, mediante 1 ora nelle para 0);

Terzo stadio: espulsione della placenta (durata variabile, mediamente 15 minuti)

Prima dell'esordio del travaglio è frequente una fase preparatoria (latente) che può avere una durata fino a 12-18 ore

Durata del periodo dilatante

Molto variabile, più lento al primo parto (in media 5-7 ore)

Preceduto da un periodo di contrazioni irregolari senza significativa dilatazione (periodo latente) molto variabile, anche 12-18 ore

Le membrane di solito si rompono spontaneamente in travaglio spesso soltanto a dilatazione completa (rottura tempestiva)

Stages of Labor

Second Stage (**Periodo espulsivo**)

Begins with complete dilation

Ends with entire birth of the infant

Nulliparous- 30 minutes to 3 hours

Multiparous- 5 to 30 minutes

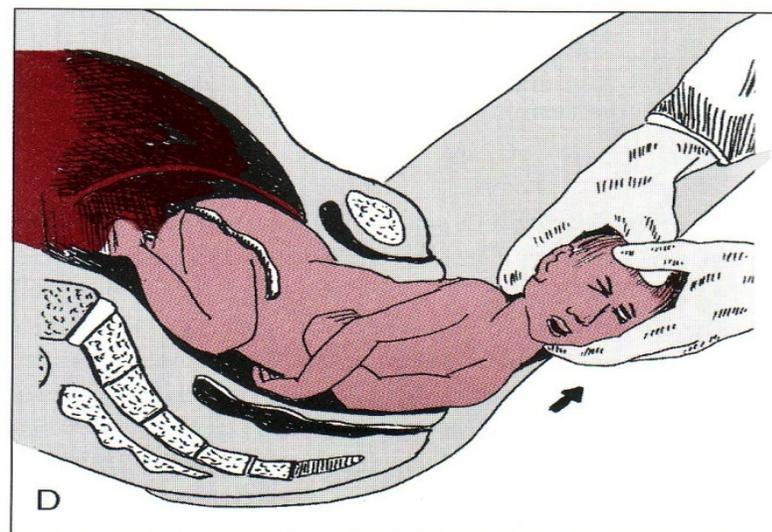
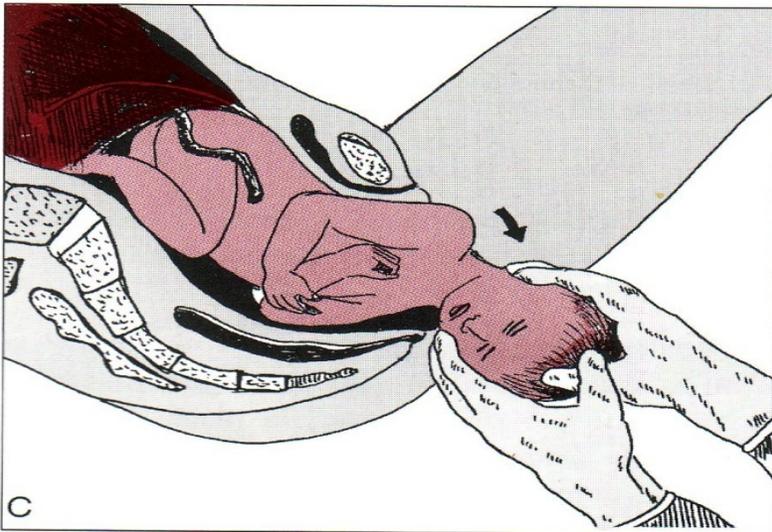
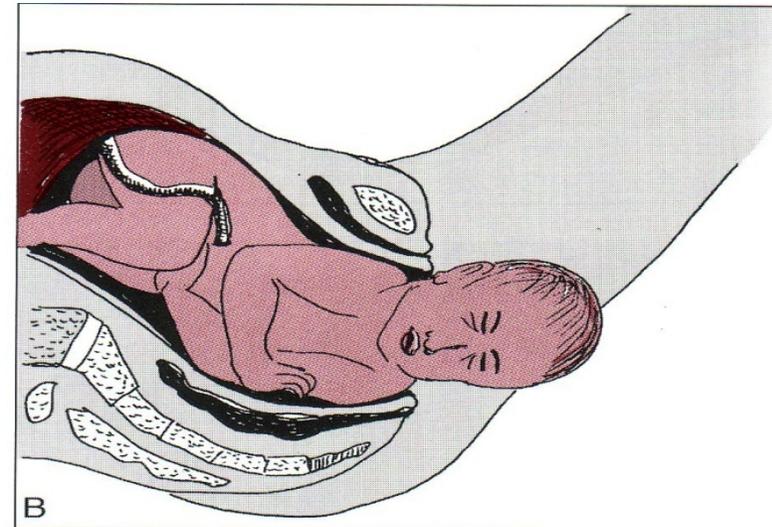
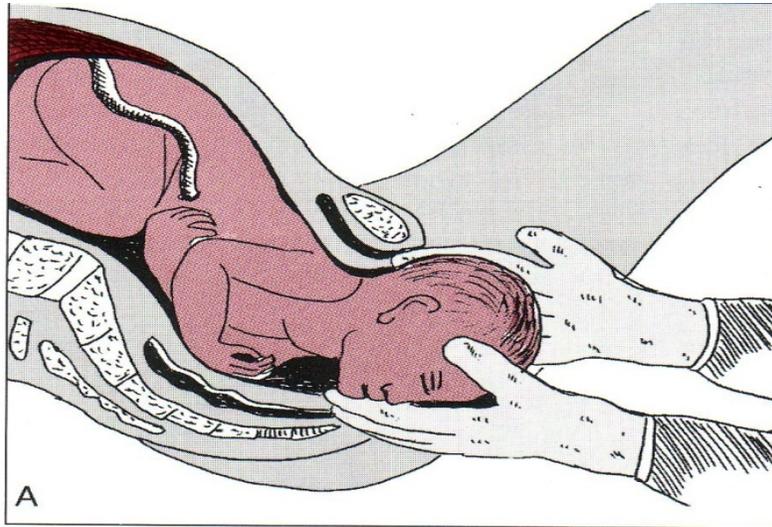


Fig. 10-39. - Rotazione esterna-interna e disimpegno delle spalle (spiegazione nel testo).

Stages of Labor

Third Stage (secondamento)

Begins with the complete birth of the baby

Ends with complete delivery of the placenta

Usually 5-30 minutes

Clinical signs of placental separation- lengthening of the cord, gush of blood from the vagina, rising of the uterine fundus

Expulsion of the placenta

Examination of the placenta

Terzo stadio (secondamento)

Dalla espulsione del feto alla espulsione della placenta

(15-30 minuti)

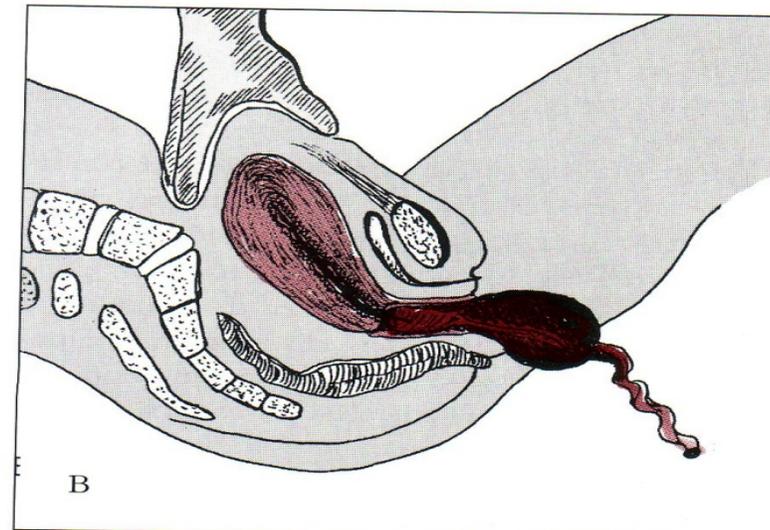
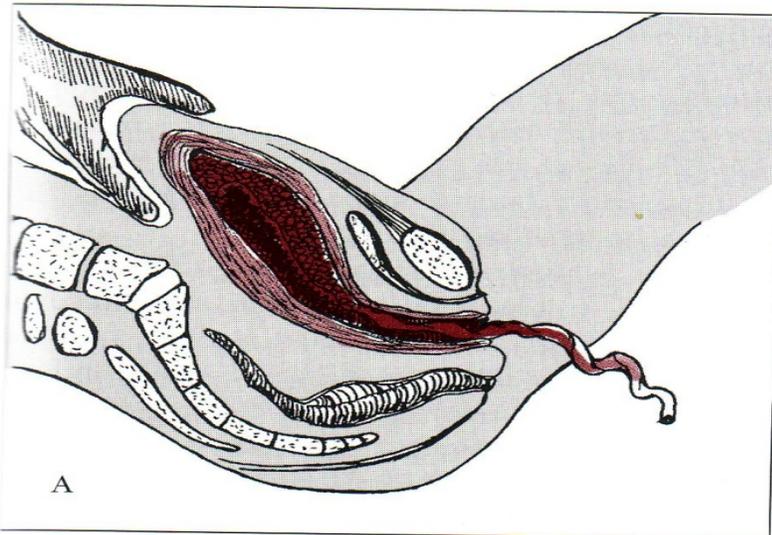


Fig. 10-40. - Spremitura alla Cr  d   per favorire l'espulsione della placenta: si noti come la mano dell'operatore comprime il fondo dell'utero.

Stages of Labor

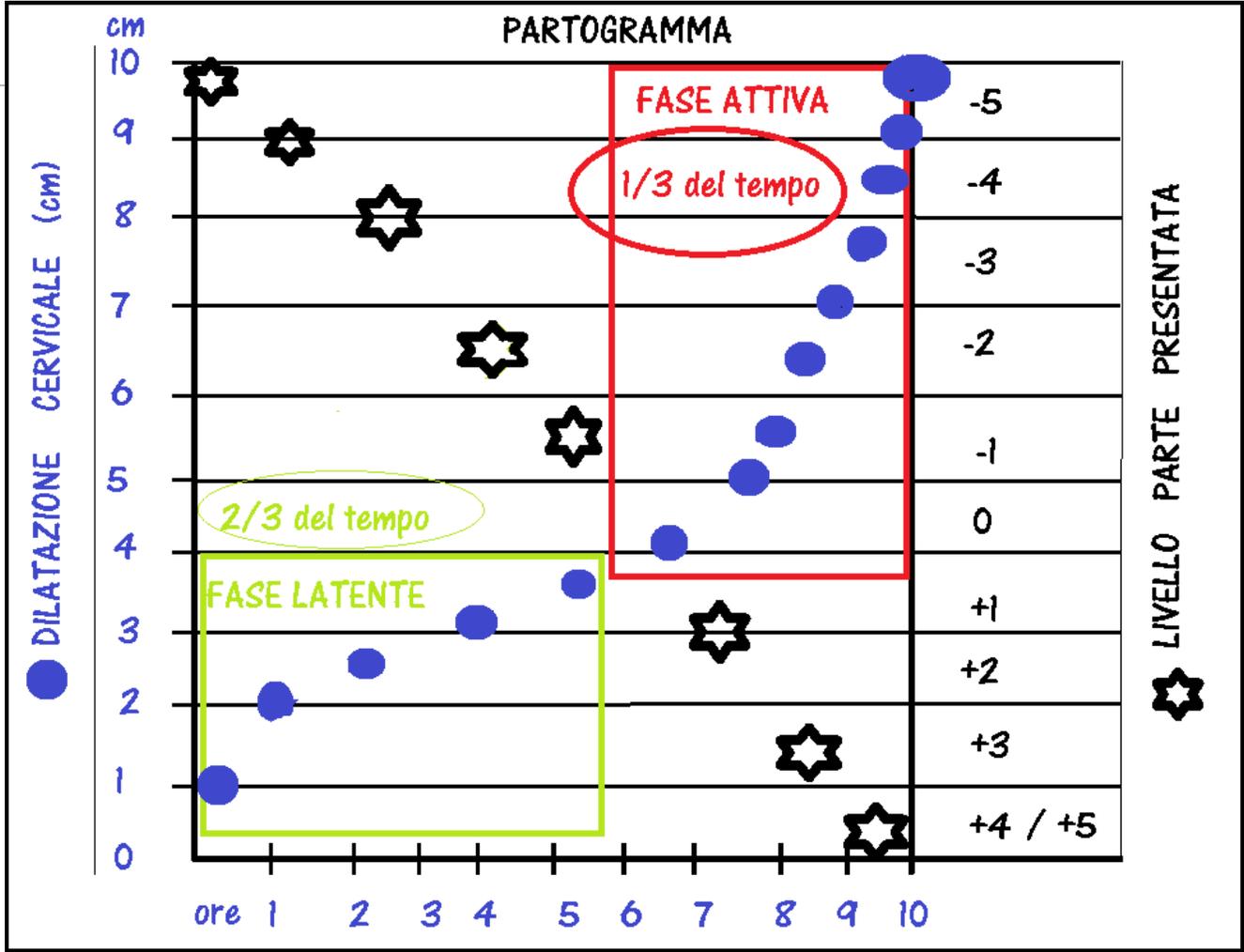
Fourth Stage (**Postpartum**)

Begins with birth of the placenta and ends one hour later

Highest risk to maternal well-being

Observations- examine uterus for firmness, inspect cervix, vagina, perineum for lacerations and repair, evaluate maternal vital signs, examine the baby

Partogramma



Fetal Heart Rate Pattern

Baseline FHT's- 110-160

Accelerations

Variability

Reactive

Decelerations

Early

Variable

Late

Modalità di esecuzione

Si pone la paziente in posizione semiseduta o decubito supino (fianco). Il trasduttore deve essere collocato in corrispondenza del terzo superiore del corpo dell'utero poiché a questo livello le variazioni di forma e tensione dell'addome materno sono più spiccate. E' opportuno fissare la cintura elastica del trasduttore con tensione il più possibile costante da registrazione a registrazione .



FINE

