CLINICA NAŞTERII NORMALE

- Ansamblul de fenomene active, pasive,mecanice şi plastice ce duc la eliminarea fătului şi anexelor fetale din cavitatea uterină
- Clasificare clinică

– ca modalitate de
- declanşare
  - spontană
  - artificială
- evoluţie
  - eutocică
  - distocică
- terminare
  - spontană
  - naturale
  - artificială (op.cezariană)

- Debut - odată cu instalarea unor contracţii uterine eficiente ce induc modificări ale colului uterin
- Cuprinde 4 perioade:

I. Ştergerea şi dilatarea colului uterin

II. Expulzia fătului

III. Delivrenţa placentei

IV. Lehuzia imediată

I. Ştergerea şi dilatarea colului uterin

- Include → fenomenele active - contracţia uterină
  → fenomene pasive:
  A. completarea formării segmentului inferior
  B. Scurtarea , ştergerea şi dilatarea colului
  C. formarea pungii apelor şi ruperea membranelor
  → fenomene mecanice - (progresia mobilului fetal prin filiera pelvigenitală) respectiv timp 1 şi 2 angajarea, coborârea
  → fenomene plastice bose, tasări, încălecări
- Perioada se termină când dilataţia este completă şi prezentaţia ia contact cu planşeul ridicătorilor anali

II. Expulzia fătului

- Durata 15 - 45 min.
- Cuprinde contracţia uterină la care se asociază contracţia voluntară a musculaturii abdominale (contracţie expulzivă)
- Sub influenţa ei se produce timpul III al mecanismului de naştere degajarea şi modificarea pasivă a părţilor moi (distensia progresivă a vaginului, compresiunea peretelui anterior al rectului cu distensia şi deschiderea anusului

III. Delivrenţa

- perioada a III-a a naşterii cuprinde ansamblul fenomenelor care duc la dezlipirea, coborârea şi expulzia placentei şi membranelor în afara căilor genitale
- **Modul delivrenţei:**
  - spontană - sub efectul contracţiilor uterine fără intervenţia obstetricianului
  - naturală - placenta coborâtă spontan este extrasă din vagin de către obstetrician
  - dirijată - administrarea de uterotone (ergomet, oxiton) după degajarea capului
  - artificială - extracţia manuală a placentei

- Delivrenţa presupune trei etape (faze succesive):

a. decolarea placentei - este efectul contracţiei uterine care apare după o perioadă scurtă de repaus fiziologic

Contracţia duce la micşorarea suprafeţei de inserţie placentară cu tracţiuni pe vilozităţile crampon care la rândul lor trag de caducă, producând zone de clivaj, cu rupturi vasculare şi acumulare de sânge în spaţiul interuteroplacentar → formarea hematomului cu desăvârşirea decolării

Model de decolare

- centrală mod Baudeloque (inserţia pe fundul uterin)
- periferică mod Duncan (inserţia laterală)

– Hemoragia în perioada de decolare 100/300 ml

- Mecanismul de hemostază prin:
  - contracţia fibrelor musculare din stratul plexiform cu formarea globului de siguranţă Pinard

  b. coborârea placentei în segmentul inferior sub influenţa contracţiei uterine şi a greutăţii placentei
  - Manevra de identificare a decolării (coborârii) placentei
    - coborârea pensei aplicată razant la vulvă
    - manevra Küsner apăsarea suprasimfizară cu vârful degetelor

  c. coborârea în vagin se susţine cordonul, se apasă pe perineul posterior în fanta vulvară şi lasă să cadă în greutatea ei, si se răsuceşte producând dezlipirea membranelor

Extracţia manuală de placentă

- Indicaţii
- Tipul de anestezie: generală iv.
- Tehnică - extracţia apoi controlul manual al cavităţii
- Evaluarea sângerării
- Uterotone, antibioterapie

- Perioada a IV-a a naşterii (lehuzia imediată sau de consolidare a hemostazei)
  - Durata: primele 2-4h după naştere
- momentul important de consolidare a hemostazei prin:
  - contracţia şi retracţia musculară
  - tromboză secundară prin eliberarea de tromboplastină în spaţiul de decolare uteroplacentar

- Supravegherea în sala de naştere:
  - parametrii:
    - puls
    - TA
    - respiraţie
    - glob de siguranţă
    - cantitatea de sângerare (normal <500 ml)
  - Stare generală (frison, coloraţia tegumentară, dureri abdomino-perineale)

DIAGNOSTICUL SARCINII

Semne prezumtive

- **Amenoreea:** apărută la o femeie cu menstruaţii regulate
  - Dg.diferenţial cu amenoreea secundară de diferite cauze uterine:
    - Sinechia totală ovariană
      - insuficienţa ovariană
      - ovarul polichistic
- **Tulburări neurovegetative:**
  - greţuri, vărsături, somnolenţă, insomnii, sialoree, pervertirea gustului şi mirosului cu apetit crescut pentru anumite alimente
  - tulburări urinare
  - constipaţia – urmare a impregnării progesteronice
  - tulburări comportamentale ce depind de relaţia cu mediul ambiant şi cel familial

- **Modificarea sânilor:**
  - creşterea în volum
  - hiperpigmentarea areolei mamare primare, secundare, apariţia tuberculilor Montgomery
  - accentuarea vascularizaţiei subcutanate formând reţeaua venoasă Haller
- **Modificări de coloraţie a tegumentelor şi mucoaselor:**
  - linia mediană pubo ombilicală
  - a feţei - cloasma gravidică
  - vergeturile
  - a mucoaselor - coloraţia violacee a vaginului, colului uterin, semnul lui Chadwick

Semne de probabilitate

- Includ:
  - mărimea în volum a abdomenului
  - modificări de formă, mărime şi consistenţă a uterului
  - modificări ale colului uterin
  - balotarea fetală
  - conturarea şi delimitarea fătului

Mărirea de volum a abdomenului

- Depinde de:
  - sarcina unică, multiplă
  - de aşezarea fătului
  - de cantitatea de lichid amniotic
  - de tonusul peretelui abdominal
- Creşterea de volum se apreciază prin:
  - măsurarea înălţimii fundului uterin (creşterea uterului se realizează cu 4 cm/lună începând de la 16 săpt).
  - Măsurarea circumferinţei abdominale la nivelul ombilicului

Modificări de formă, mărime şi consistenţă a uterului

- Din săpt. 6-a apar
- **Semnul Noble** – corpul uterin devine piriform, sferic ceea ce duce la ocuparea fundurilor de sac vaginale laterale – se observă prin T.V.
- **Semnul Hegar I** – înmuierea colului
- **Semnul Hegar II** – caracterisitic la 12 săpt. de gestaţie (înmuierea istmului care permite apropierea degetelor din vagin de cele abdominale, uterul moale, împăstat)

Modificări de formă, mărime şi consistenţă a uterului

- **Semnul Bonnaire** consistenţa moale, păstoasă ce permite la tuşeul vaginal înfundarea degetelor în masa musculară ca într-o bucată de unt
- **Semnul Piscacek** – forma neregulată a uterului gravid prin nidare într-unul din coarnele uterine
- **Semnul Holzapfel** – uterul gravid se prinde mai bine la tuşeul vaginal decât cel negravid care alunecă uşor între degete

Modificările de col:

- cele de coloraţie (violacee)
- cele de consistenţă (se înmoaie)

Modificările de contractilitate uterină:

- apar când uterul este masat (semnul lui Palmer)

Balotarea fetală

apare la 20-22 săpt. de gestaţie

- presiunea exercitată asupra uterului face ca fătul să plutească în lichidul amniotic şi apoi să revină la poziţia iniţială (balotare simplă, dublă)
- perceperea mişcărilor fetale active la gravidă apar la:
    - 20-22 săpt. la primipară
    - 18-20 săpt. la multipară
- poate fi luată în considerare ca data de apreciere a vârstei gestaţionale

Conturarea fătului

- se poate face în a doua parte a sarcinii

  Dg. diferenţial cu fibromul uterin voluminos

Semnele de certitudine

- Ascultarea bătăilor cordului fetal cu:
  - stetoscopul obstetrical
  - tococardiografic
  - ultrasonic prin efectul Doppler

  Dg. diferenţial cu pulsul matern
- Focarul de ascultaţie depinde de poziţia fătului:
  - în craniană – pe linia spino-ombilicală dreaptă sau stângă 1/3 internă
  - în pelviană pe linia ombilico-axială dreaptă sau stângă
  - În aşezarea transversală –periombilicală
- Perceperea mişcărilor active fetale de către examinator
  - Se percep după 24 săpt. prin palpare abdominală

EXAMINAREA GRAVIDEI

Examinarea gravidei

1. Anamneza - trebuie să cuprindă:

- identitatea
- vârsta
- profesie

- motivele prezentării la medic
- apoi:
  - ultima menstruaţie
  - primele mişcări fetale când e cazul
  - stări patologice apărute în cursul sarcinii

- Se vor cere relaţii despre:
  - A.H.c se insistă Dz., TBC, HTA
  - A.P. fiziologice:
    - prima menstruaţie
    - caracterele ciclului menstrual
    - caracterele fluxului
    - naşteri
    - avorturi
  - A.P.patologice:
    - boli
    - Operaţii

- Istoricul sarcinii:
  - luare în evidenţă
  - investigaţii efectuate
  - tratamente
  - greutate iniţială, actuală
- Semne şi simptome de îngrijorare:
  - sângerare pe cale vaginală
  - cefalee
  - diminuarea acuităţii vizuale
  - dureri abdominale
  - febră
  - frison
  - disurie
  - pierdere lichid amniotic
  - absenţa MFA

- **Inspecţia -** cuprinde tot corpul
  - faţa:
    - hiperpigmentarea ce nu are caracter patologic
    - edemele generalizate, faţă, membre inferioare
  - sânii:
    - hiperpigmentarea areolelor
    - tuberculi Montgomery
    - reţeaua venoasă Haller
    - secreţia de colostru
  - torace:
    - semne de rahitism
    - modificări ale coloanei vertebrale
  - abdomen:
    - volum excesiv prin tumoră asociată sau hidramnios
    - vergeturi alb sidefii, roz
    - deplisare ombilicală

- vulvă perineu:
  - modificări de culoare
  - hemoroizi
- inspecţia aparatului osteoarticular şi muscular

- **Palparea** - metodă importantă
  - se face cu gravida în clinostatism, gambele şi coapsele uşor flectate
  - se apreciază tonusul - contractilitatea, volumul, forma, consistenţa
  - se măsoară:
    - înălţimea fundului uterin
    - circumferinţa uterului 92 cm la nivelul ombilicului

  Prin palpare se poate aprecia modul în care se poziţionează fătul în cavitatea uterină.

- Aşezarea fetală reprezintă raportul între axul lung fetal şi cel uterin; ea poate fi longitudinală sau transversă

- Postura fetală se stabileşte în ultimele luni de sarcină şi este dată de modul creşterii fetale şi de adaptarea formei fătului la contracţia uterină

Prezentaţia

Varietatea de poziţie

- Primele două se pot aprecia folosindu-se tehnica de palpare abdominală Leopold
- Timpul I
  - acomodarea dintre abdomenul gravidei şi mâna examinatorului
    - Se execută *cu o mână,* cu blândeţe pe toată suprafaţa abdominală
- Timpul II
  - delimitarea fundului uterin cu marginea cubitală a mâinii aşezată transversal

- Timpul III
  - se execută *cu ambele mâini* examinând segmentul inferior
    - se aşează mâinile de o parte şi de alta a liniei mediene palpând polul fetal existent
- Timpul IV
  - se execută *bimanual* examinând fundul uterului
  - se obţin date despre polul fetal şi lichidul amniotic
- Timpul V
  - se palpează flancurile
  - se stabileşte situaţia spatelui, a părţilor mici fetale

Manevra Sporlin - 4 timpi:

- se efectuează *cu ambele mâini*:

Timpul I.

– delimitează conturul uterin, înălţime a fundului uterin, palparea polului fetal (la nivelul F.U.)

Timpul II.

– palparea flancurilor

Timpul III.

– foloseşte *doar o mână,* examinând extremitatea fetală situată deasupra simfizei pubiene

Timpul IV.

- se face cu vârfurile primelor 3 degete, *cu ambele mâini* exercitând o presiune la nivelul strâmtorii superioare
- în prezentaţiile cefalice flectate proeminenţa este de aceeaşi parte cu părţile moi fetale

- Ascultaţia se efectuează cu ajutorul
  - stetoscopului obstetrical –
    - acesta se fixează perpendicular pe abdomen prin apăsarea cu urechea, concomitent cu luarea pulsului uterin pentru a diferenţia cele două frecvenţe cardiace
- Se ascultă din luna V/VI de sarcină frecvenţa normală 120-160 bătăi/minut

- Locul de ascultare
  - la sarcinile mici - în centrul masei uterine
  - în prezentaţia craniană - la jumătatea liniei spino-ombilicale
  - în prezentaţia pelviană – pe linia ombilico axială
  - în aşezarea transversală – paraombilical
  - în sarcina gemelară – în focare multiple
- Prin ascultaţie se pot percepe:
  - sufluri fetale sincrone cu BCF pot fi cauzate de o malformaţie cardiacă
  - sufluri funiculare – date de compresiune circulară redată de cordon
  - sufluri uterine suprasimfizar în placenta praevia

Examenul vaginal

Cuprinde examenul cu valve:

- Ex. cu valve
  - precede tuşeul vaginal
  - evidenţiază anomalii sau patologie a vaginului, colului, originea sau caracterul unei sângerări, leucorei, scurgerea de lichid amniotic
- T.V. ne furnizează date despre:
  - starea colului, starea membranelor, a prezentaţiei, date despre bazin

- se păstrează riguros asepsia şi antisepsia se spală regiunea vulvo-vaginală cu un dezinfectant
- se face astfel:
  - labiile se îndepărtează între index şi police, mediusul va pătrunde în vagin apăsând în jos perineul, apoi se va pătrunde şi cu indexul (şcoala americană foloseşte pentru îndepărtarea labiilor policele şi indexul de la cealaltă mână)

- se insistă pe explorarea:
  - colului:
    - direcţie, poziţie
    - volum
    - starea orificiilor
    - starea membranelor
  - segmentului inferior
    - grosime
    - consistenţă
  - bazinului osos
    - se face pelvimetrie uterină
    - se explorează faţa anterioară a sacrului, promontoriul, liniile nenumite (cele2/3 anterioare) spinele sciatice, arcul pubian
- date despre prezentaţie, poziţie, varietăţi de poziţie

- T.R. - tot mai rar folosit în dg. sau deloc

PELVIMETRIA

- include măsurarea unor diametre osoase interne şi externe
- PELVIMETRIA EXTERNĂ - se realizează cu gravida în poziţie verticală cu plantele lipite în interior curpinde:
  - d. posterior - Baudeloque L_5 - simfiză pubiană - 20 cm
  - d. bispinos - între punctele cele mai anterioare ale crestelor iliace - S.I.A.S. - 24 cm
  - d. bicret - distanţa între punctele cele mai superioare ale crestelor iliace - 28 cm

- d. bitrohanterian - distanţa între cele 2 trohantere- 32 cm
- Rombul lui Michaelis include un diametru vertical de 11 cm
- repere:
  - superior - apofiza spinoasă V_5
  - inferior - punctul superior al plicii interfesiere
  - lateral - gropiţele determinate de spinele iliace postero-superioare

Diametrul biischiatic

- distanţa dintre feţele interne ale tuberozităţilor ischiatice (se reperează tuberozităţile ischiatice se măsoară distanţa minus 1/2 din grosimea peretelui - egal 11 cm)

- PELVIMETRIA INTERNĂ
  - se obţin date despre - diametrul util (Pinard) sau promonto-retropubian scăzând 1,5 cm din diametrul promonto-subpubian (= 12 - 12,5 cm) când este mai mic de 9 cm - bazin viciat
  - liniile nenumite, curbura sacrată ce are concavitatea orientată anterior şi suprafaţa regulată de obicei fără false promontorii
  - spinele sciatice - ce delimitează strâmtoarea mijllocie şi nu proemină
  - strâmtoarea inferioară - se apreciază deschiderea arcului pubian (normal = 80-90$^{0)}$

Diagnosticul de laborator în sarcină - teste de sarcină

1927 - Ascheim şi Zondek au descoperit gonadotrofina corionică umană

HCG - glicoproteină produsă de sinciţio-trofoblast

Nivelele de HCG pot fi determinate prin:

- determinări in vivo
- testul Friedman pe iepure (pe baza probabilităţii HCG de a provoca ovulaţie la iepure la 12h de la administrare)
- testul Galli-Mainini-pe broscoi (măsoară cantitatea de spermă eliberată în ductele ejaculatoare după adminisrare de HCG)
- testul Ascheim Zondek pe şobolan - măsoară dezvoltarea foliculară a ovarului după expunere la HCG

- Teste in vitro - se bazează pe identificarea HCG prin reacţii antigen - anticorp
- Metodele sunt:
- calitative - utilizează reacţia de inhibare a aglutinării hematiilor sau a particulelor de latex pe care s-a fixat în prealabil HCG şi sunt puse în contact cu antigenul HCG
- rezultatul pozitiv atestă o concentraţie de HCG mai mare de 25 UI/l
- Sunt teste fidele din a 10-a zi de fecundaţie

- Cantitative - prin tehnica RIA (radio, immuno-assay)
- RIA se foloseşte în:
  - sarcina ectopică
  - avortul spontan
  - neoplazia trofoblastică
  - sarcina normală
- IRMA (immunoradiometrie assay) metodă rapidă, determină doar fracţiunea Beta

- ELISA - dozează concentraţii mai mici de 10 ml/UI/ml
- FIA (fluoroimmunoassay) dozează concentraţii mai mici de 1 ml/UI/ml/ durează 2-3 ore
- Dg. ecografic - dg. de certitudine care surprinde prezenţa sacului gestaţional de la 4 săptămâni de amenoree

Supravegherea şi îngrijirea sarcinii

- prin îngrijirea prenatală se urmăreşte asigurarea condiţiilor ca o sarcină să fie dusă la termen, graviditatea să nu dăuneze mamei, aceasta să fie susţinută încât sarcina, travaliul şi lactaţia să fie o experienţă plăcută
- consilierea preconcepţională se face pentru:
  - prevenirea riscurilor fetale:
    - administrarea de acid folic
    - preconcepţional cu scopul prevenirii defectelor de tub neural (0,4 mg/zi - doză adecvată) deoarece tubul neural se închide în ziua a 21 gestaţională

- monitorizarea diabetului - mama cu D.Z. trebuie să aibă glicemia bine controlată înainte de concepţie (ea scade incidenţa anomaliilor congenitale asociate D.Z.)
- întreruperea medicaţiilor - inhibitorii de enzimă de conversie, walfarina, retinoizi

- Prevenirea riscurilor materne - înainte de concepţie se tratează:
  - tiroidopatiile
  - HTA
  - bolile renale
  - LED - să se amâne sarcina

- prima vizită antenatală - reprezintă debutul unei bune relaţii medic - pacient
- antecedentele obstetricale
  - greutatea copiilor în sarcinile anterioare corelate cu vârsta gestaţională pentru a evidenţia retardul de creştere intrauterină (dg. Diferenţial între prematuritate şi insuficienţa placentară
- prezenţa avorturilor spontane şi luna în care s-au produs
- prezenţa în antecedente a morţii fetale intrauterine cu risc major de repetare include gravida în sarcinile cu risc crescut

- antecedente medicale - evaluarea bolilor coexistente şi terapie adecvată ce nu e nocivă pentru făt
- examenul clinic general - schematic pe aparate şi sisteme:
  - examinarea sânilor - noduli , starea mameloanelor

- examenul ginecologic conţine:
  - ex. valve - se expune colul care se inspectează şi se recoltează pentru examenul citobacteriologic vaginal.
  - T.V. se palpează uterul, se exclude o formaţiune anexială. Se apreciază starea şi lungimea colului
- investigaţii speciale
  - se determină grup sanguin, Rh, urocultură sceening pentru sifilis, gonoree, chlamydia, testare pentru HIV

Determinarea ecografică a edemului nucal în săpt. 10-14

- controale periodice
  - frecvenţa :
    - la 4-6 săpt. pentru o sarcină necomplicată
    - la 4 săpt. în sarcina cu risc obstetrical crescut
    - după 36 săpt. controale mai dese cu determinarea TA
    - determinarea hemoglobinei ex. sumar de urină
    - atenţie la sarcina supramaturată
- aprecierea creşterii fetale - se face ecografic asociată cu măsurarea înălţimii fundului uterin: Velocimetria Doppler este utilă în toate cazurile de hipotrofie fetală şi corecta ei interpretare îmbunătăţeşte prognosticul perinatal.

- Teste urinare - la fiecare consult prenatal urina trebuie testată pentru proteinurie şi glicourie
- Tensiunea arterială
  - valoare peste 140/90 sau 30/15 mmHg peste nivelul iniţial este anormală
  - valorile >160/110 necesită internare

Nutriţia în sarcină

- Activitatea este repartizată:
  - 50 - 60% glucide
  - 20 - 30% lipide
  - 10 - 15% proteine
- Creşterea fătului, placentei, a uterului, a sânilor şi producţia de lapte depinde de nivelul scăzut al albuminelor aportul proteic (aportul scăzut reflectat de raportul azot urinar/azot total < 60)

- glucidele sunt o sursă importantă de energie
- mineralele şi oligoelementele

  de aceea este necesară suplimentarea în timpul sarcinii
- Asistenţa psihologică
- parte integrantă din controlul prenatal
- Consilierea în timpul sarcinii
- fumatul - dăunător fătului - programe de asistenţă prin care să renunţe la fumat, fără a i se creea sentimente de vinovăţie dacă nu reuşeşte.
- alcoolul - gravidele sunt sfătuite să nu consume alcool, iar ocazional cu moderaţie

- munca - se evită munca fizică în apropierea termenului sau la sarcinile cu risc
- somnul şi odihna sunt importante
- activitatea sexuală - nu se interzice, doar la cazurile cu cerclaj, risc de naştere prematură
- cursuri antenatale - ar fi necesare
- alăptatul - se informează asupra avantajelor

- imunizarea în sarcină
- rubeolă - imunizarea trebuie făcută înaintea sarcinii
- parotidita epidemică - se contraindică
- poliomelită - doar la cazurile cu risc de expunere
- gripa - se poate face la cererea gravidei
- hepatita B recomandată la riscurile crescute
- rabia - în funcţie de caz
- tetanos şi difteria - se poate efectua