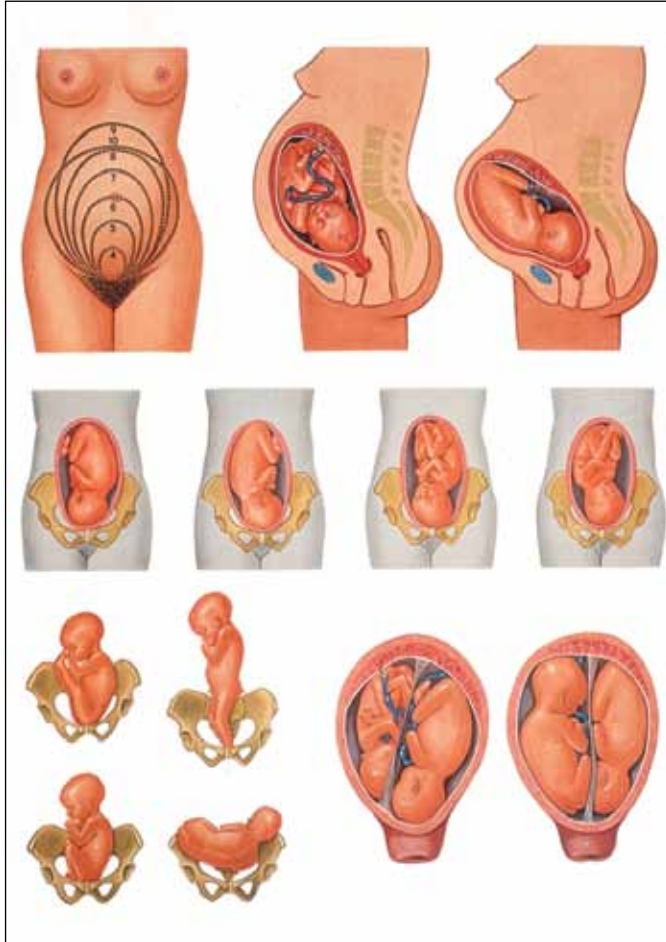




...going one step further



V2068

(1001226/4006562)

Presentations of the child prior to the delivery

The developmental period of the child including individual deviations amounts to approximately 270 days. As the date of the fertilization of the ovocyte is normally unknown, the first day of the last monthly period is chosen as the basis for calculations. Therefore, the duration of pregnancy amounts to approximately 280 days, i.e. 10 (lunar) months with 28 days each (40 weeks). The embryo repeatedly turns during the progress of the pregnancy and repeatedly assumes alternating positions in its extra-embryonic membranes. A certain section of the child (mostly the head) acquires closer relations to the parturient canal of the maternal pelvis during the final 3 - 4 weeks of pregnancy and maintains this position as well. Not until now, the term "presentation" is correct.

Enlargement of the uterus during the individual months of pregnancy (fig. 1 to 3)

Fig. 1 displays the enlargement of the uterus which can be determined by external examination from the 4th to the 10th month of pregnancy. The recorded numbers correspond with the end of the respective month. The uterus is externally (through the abdominal wall) not tactual until the beginning of the 4th month. From the middle of the 4th month on, the upper part of the uterus (fundus uteri) ascends from the "small pelvis" over the pubic symphysis, reaches both costal arches at the end of the 9th month and then descends again during the 10th month of pregnancy.

At the end of the respective month of pregnancy, the fundus is located at the following position:

- 4th month: closely below the pubic symphysis
- 5th month: below the umbilicus
- 6th month: exactly at the level of the umbilicus
- 7th month: above the umbilicus
- 8th month: in the middle between the umbilicus and the ensiform appendix of the xiphoid bone
- 9th month: fundus reaches the costal arch (highest position)
- 10th month: fundus descends to the position of the 8th month

The descending of the fundus - which takes place in primiparous women 4 weeks and in multiparous women 3 weeks prior to the delivery - conditions an alteration of the shape of the abdomen of the expectant mother: the abdomen descends and protrudes more intensely (fig. 3 compared with fig. 2), the uterus becomes wider (refer to fig. 1: condition at the end of the 10th month). The umbilicus lapses and often protrudes.

Fig. 2 and 3 display the profile of the abdomen of an expectant mother, the position of the uterus and the position of the infantile head at the end of the 9th month (fig. 2) and during the 10th month (fig. 3). The highest position of the uterus respectively corresponds with the peak of the outlines displayed in fig. 1. At the end of the 9th month (fig. 2), the uterus is upright and it touches the costal arch. The head is loosely positioned above the superior pelvic aperture.

During the 10th month of pregnancy (fig. 3), the fundus descends, the abdomen "slides" lower, the uterus becomes wider (refer to fig. 1, 10th month). The lower section of the uterus is shortened due to the integration of the lower uterine segment and the infantile head has entered the pelvis.

Presentations (fig. 4 to 13)

The figures serve for the illustration of some essential presentations and positions. The following distinctions are made:

Presentations: Proportion of the infantile to the maternal longitudinal axis

Positions: Direction of the infantile back in proportion to the maternal sides (left, right, front etc.)

Presentations of the child prior to the delivery

English

Postures: Angle of inclination of the infantile head in proportion to the longitudinal axis of the infantile body (flexion, extension)

Engagements: Anterior part of the child during the appearance through the parturient canal (sinciput, occiput, forehead, feet, breech etc.)

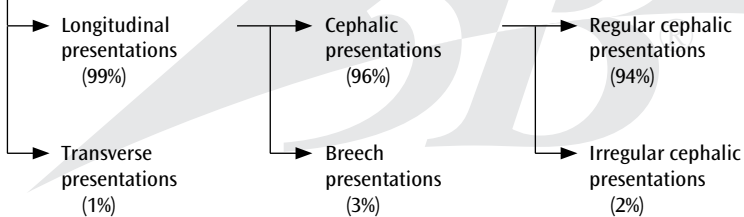
Presentation and position are determined as follows:

1st (first) presentation: the back (in longitudinal presentations) or the head (in transverse presentations) of the child points to the left side of the mother

2nd (second) presentation: opposed to the 1st presentation

In addition to the exact direction of the infantile back to the left or the right, there are intermediate positions in which the back in longitudinal presentations can point more to the front (dorso-anterior), to the back (dorso-posterior) or in transverse presentations to the front (dorso-anterior), to the back (dorso-posterior), upwards (dorso-superior) or downwards (dorso-inferior). The following figures convey an impression of the approximate frequency of the individual presentations:

100 deliveries



Occipito-anterior presentations (fig. 4 and 5)

Among 100 deliveries, there are approximately 94 regular normal cephalic presentations.

Fig. 4: 1st occipito-anterior presentation: most frequent position

Fig. 5: 2nd occipito-anterior presentation

The occipito-anterior presentation is the most favourable presentation imaginable as it entails the least jeopardy to mother and child in comparison with other presentations.

Occipito-posterior presentations (fig. 6 and 7)

Irregular cephalic presentations (occipito-posterior presentations, vertex presentations, brow and face presentations) occur in approximately 2 % of the deliveries.

Fig. 6: 1st occipito-posterior presentation: most frequent position

Fig. 7: 2nd occipito-posterior presentation

The difference from the occipito-anterior presentation is the more backwards turned position of the infantile back (dorso-posterior position). The occiput (and thus the back) can still turn forwards during the delivery so that the further course of the delivery corresponds with the course in case of an occipito-anterior presentation.

Presentations of the child prior to the delivery

The more exceptional irregular cephalic presentations (vertex, brow and face presentations) increase the jeopardy to mother and child or are even unsuitable for a delivery.

Breech presentations (fig. 8, 9 and 10)

The presentation in question is a breech presentation if in case of a longitudinal presentation the head is not the anterior part. This is the case in approximately 3 % of all deliveries. The breech presentations are given special designations according to the fact whether the breech, both feet, the breech and both feet or the breech and one foot are anterior:

The figures 8, 9 and 10 display 1st breech presentations (back to the left):

Fig. 8: perfect breech presentation

Fig. 9: double footling presentation

Fig. 10: complete footling presentation

Breech presentations increase the risk of delivery for mother and child so that under certain circumstances a caesarian section must be done. As the anterior part of the child always has a smaller circumference than the head in case of breech presentations, the dilatation of the cervical os of the uterus which commences with the beginning of the labour is inadequate and delayed. This will result in a considerable extension of the duration of labour with an increasing jeopardy to mother and child.

Transverse presentations (fig. 11)

Transverse presentations which amount to approximately 1 % of all deliveries are at issue when the longitudinal axis of the child cuts the longitudinal axis of the mother square or at an angle. Among the possible positions of transverse presentations, the frequent 1st dorso-anterior transverse presentation (head to the left, back pointing forwards) is displayed in fig. 11. Transverse presentations are unsuitable for deliveries which (unattended) will lead to the death of mother and child.

The origin of a transverse presentation is mostly based on disturbances of the normal presentation of the head as the leading part (twins, deformed pelvis, malformations of the uterus, placenta located in front of the cervical os etc.).

Twins (fig. 12 and 13)

One twin delivery falls to 80 - 90 deliveries. The displayed images do not indicate whether the twins in question are monozygotic or dizygotic twins.

The presentation of both children to each other is equal or different. The presentation of both children is mostly a cephalic presentation (fig. 12; 45 % of the twin deliveries) or one child in cephalic presentation, the other one in pelvic presentation (fig. 13; 35 % of the twin deliveries). According to the frequency, the next presentations are: both children in breech presentation, cephalic presentation combined with transverse presentation, breech presentation combined with transverse presentation, both children in transverse presentation.

The delivery is mostly spontaneous in the course of which the second child follows approximately 30 minutes after the delivery of the first child.

Lagen des Kindes vor der Geburt

Deutsch

Die Entwicklungsdauer des Kindes beträgt mit individuellen Abweichungen ungefähr 270 Tage. Da der Zeitpunkt der Befruchtung der Eizelle meist unbekannt ist, wird der erste Tag der letzten aufgetretenen Regelblutung als Berechnungstermin gewählt. Somit beträgt die Schwangerschaftsdauer annähernd 280 Tage, d. h. 10 (Mond-) Monate zu je 28 Tagen (40 Wochen). Im Verlaufe der Schwangerschaft dreht sich der Keimling wiederholt und nimmt innerhalb seiner Eihäute mehrmals wechselnde Lagen ein. In den letzten 3-4 Schwangerschaftswochen erhält ein bestimmter Abschnitt des Kindes (meist der Kopf) engere Beziehungen zum Durchtrittskanal des mütterlichen Beckens und behält diese Lage auch bei. Erst jetzt trifft die Bezeichnung „Geburtslage“ zu.

Vergrößerung der Gebärmutter in den einzelnen Schwangerschaftsmonaten (Abb. 1 bis 3)

Abb. 1 gibt die durch äußerliche Untersuchung feststellbare Vergrößerung der Gebärmutter vom 4. - 10. Schwangerschaftsmonat wieder. Die eingetragenen Zahlen entsprechen dem Ende des jeweiligen Monats. Bis zum Beginn des 4. Monats ist die Gebärmutter äußerlich (durch die Bauch-decke hindurch) nicht tastbar. Von der Mitte des 4. Monats an steigt der obere Teil der Gebärmutter (Fundus uteri) aus dem „kleinen Becken“ heraus über die Schambeinfuge (Symphyse), erreicht am Ende des 9. Monats beide Rippenbögen und sinkt im 10. Schwangerschaftsmonat wieder ab.

Am Ende des jeweiligen Schwangerschaftsmonats steht der Fundus in folgender Höhe:

- 4. Monat: dicht unterhalb der Symphyse
- 5. Monat: unterhalb des Nabels
- 6. Monat: genau in Nabelhöhe
- 7. Monat: oberhalb des Nabels
- 8. Monat: Mitte zwischen dem Nabel und dem Schwertfortsatz des Brustbeins
- 9. Monat: Fundus erreicht den Rippenbogen (höchster Stand)
- 10. Monat: Fundus sinkt auf den Stand des 8. Monats

Das Absinken des Fundus, das bei erstgebärenden Frauen 4 Wochen, bei mehrgebärenden 3 Wochen vor der Geburt erfolgt, bedingt eine Veränderung der Bauchform der Schwangeren: der Bauch sinkt ab und wölbt sich stärker vor (Abb. 3 gegenüber Abb. 2), die Gebärmutter wird breiter (s. Abb. 1: Stand am Ende des 10. Monats). Der Nabel verstreicht, oft wölbt er sich vor.

Die Abb. 2 und 3 geben das Profil des Bauches einer Schwangeren, die Stellung der Gebärmutter und der Höhenstand des kindlichen Kopfes am Ende des 9. Monats (Abb. 2) und im Verlauf des 10. Monats (Abb. 3) wieder. Der höchste Punkt der Gebärmutter entspricht jeweils dem Scheitel der auf Abb. 1 eingetragenen Konturen. Am Ende des 9. Monats (Abb. 2) ist die Gebärmutter hoch aufgerichtet, sie berührt den Rippenbogen. Der Kopf steht locker über dem Beckeneingang.

Im Verlauf des 10. Schwangerschaftsmonats (Abb. 3) sinkt der Fundus ab, der Bauch „rutscht“ tiefer, die Gebärmutter wird breiter (s. Abb. 1, 10. Monat). Der untere Abschnitt der Gebärmutter ist infolge der Einbeziehung des unteren Uterinsegments verkürzt und der kindliche Kopf in das Becken eingetreten.

Geburtslagen (Abb. 4 bis 13)

Die Abbildungen dienen der Erläuterung einiger wesentlicher Kindeslagen und -stellungen. Es werden unterschieden:

- Lagen: Verhältnis der Längsachse des Kindes zu der der Mutter
- Stellungen: Richtung des kindlichen Rückens zu den Seiten der Mutter (links, rechts-vorn u. a.)
- Haltungen: Neigung des kindlichen Kopfes zur Längsachse des kindlichen Körpers (Beugung, Streckung)
- Einstellungen: Vorgehender Teil des Kindes beim Durchtritt durch den Geburtskanal (Hinterhaupt, Vorderhaupt, Stirn, Füße, Steiß, u. a.)

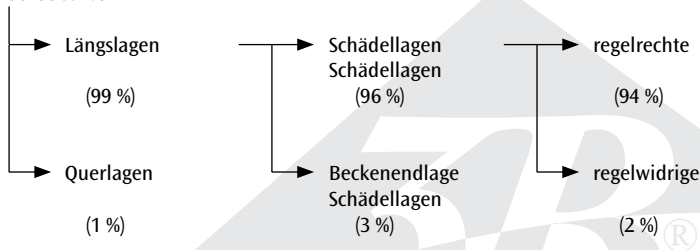
Lagen des Kindes vor der Geburt

Lage und Stellung werden wie folgt ausgedrückt:

- I. (erste) Lage: der Rücken (bei Längslagen) oder der Kopf (bei Querlagen) des Kindes weist zur linken Seite der Mutter
- II. (zweite) Lage: entgegengesetzt der I. Lage

Außer der genauen Richtung des kindlichen Rückens nach links oder rechts gibt es Zwischenstellungen, bei denen der Rücken bei Längslagen mehr nach vorn (dorso-anterior), nach hinten (dorso-posterior) oder bei Querlagen nach vorn (dorso-anterior), nach hinten (dorso-posterior), nach oben (dorso-superior) oder nach unten (dorso-inferior) zeigen kann. Die folgenden Zahlen vermitteln einen Eindruck der annähernden Häufigkeit der einzelnen Kindeslagen:

100 Geburten



Vordere Hinterhauptslagen (Abb. 4 und 5)

Unter 100 Geburten finden sich ca. 94 regelrechte, normale Schädellagen.

- Abb. 4: I. vordere Hinterhauptslage: häufigste Stellung
- Abb. 5: II. vordere Hinterhauptslage

Die vordere Hinterhauptslage ist die denkbar günstigste Geburtslage, da sie im Vergleich mit anderen Kindeslagen die geringste Gefährdung für Mutter und Kind mit sich bringt.

Hintere Hinterhauptslagen (Abb. 6 und 7)

Regelwidrige Schädellagen (hintere Hinterhauptslagen, Vorderhauptslagen, Stirn-, Gesichtslagen) kommen in ca. 2 % der Geburten vor.

- Abb. 6: I. hintere Hinterhauptslage: häufigste Stellung
- Abb. 7: II. hintere Hinterhauptslage

Der Unterschied zur vorderen Hinterhauptslage besteht in der mehr nach hinten gerichteten Stellung des kindlichen Rückens (dorso-posteriore Stellung). Während der Geburt kann sich das Hinterhaupt (und damit der Rücken) noch nach vorn drehen, so daß der weitere Geburtsverlauf dem der vorderen Hinterhauptslage entspricht.

Die selteneren regelwidrigen Schädellagen (Vorderhauptslagen, Stirn-, Gesichtslagen) erhöhen die Gefahr für Mutter und Kind und sind sogar gebärunfähig.

Beckenendlagen (Abb. 8, 9 und 10)

Ist bei einer Längslage nicht der Kopf der voran-gehende Teil, handelt es sich um eine Beckenendlage.

Lagen des Kindes vor der Geburt

Deutsch

Diese machen ca. 3 % aller Geburten aus. Je nachdem, ob der Steiß, beide Füße, der Steiß und beide Füße, oder der Steiß und ein Fuß vorliegen, werden die Beckenendlagen besonders benannt:

Die Abbildungen 8, 9 und 10 stellen I. Beckenendlagen (Rücken links) dar:

Abb. 8: reine Steißlage

Abb. 9: vollkommene Fußlage

Abb. 10: vollkommene Steiß-Fuß-Lage

Beckenendlagen erhöhen das Geburtsrisiko für Mutter und Kind, so daß unter bestimmten Vorbedingungen der Kaiserschnitt ausgeführt werden muß. Da der vorangehende Kindesteil bei Beckenendlagen stets einen kleineren Umfang hat als der Kopf, ist die mit Wehenbeginn einsetzende Weitung des Muttermundes der Gebärmutter mangelhaft und zeitlich verzögert. Daraus ergibt sich eine erhebliche Verlängerung der Geburtsdauer mit zunehmender Gefährdung von Mutter und Kind.

Querlagen (Abb. 11)

Querlagen, die ca. 1 % aller Geburten ausmachen, liegen vor, wenn die Längsachse des Kindes die der Mutter rechtwinklig oder schräg schneidet. Unter den möglichen Stellungen von Querlagen ist auf Abb. 11 die häufige I. dorso-antérieure Querlage (Kopf links, Rücken zeigt nach vorn) dargestellt. Querlagen sind gebärfähige Kindeslagen, die (unbehandelt) zum Tode von Mutter und Kind führen.

Der Entstehung einer Querlage liegen meist Behinderungen der normalen Einstellung des Kopfes als führendem Teil zugrunde (Zwillinge, verformtes Becken, Mißbildungen der Gebärmutter, vor dem Muttermund liegender Mutterkuchen u. a.).

Zwillinge (Abb. 12 und 13)

Auf 80-90 Geburten entfällt eine Zwillingsgeburt. Die dargestellten Abbildungen geben keinen Hinweis, ob es sich um eineiige oder zweieiige Zwillinge handelt.

Die Lage beider Kinder zueinander ist gleich oder verschieden. Meist befinden sich beide in Schädel-lage (Abb. 12; 45 % der Zwillingsgeburten) oder ein Kind in Schädellage, das andere in Beckenlage (Abb. 13; 35 % der Zwillingsgeburten). Der Häufigkeit nach geordnet folgen: beide Kinder in Beckenendlage, Schädellage kombiniert mit Querlage, Beckenendlage kombiniert mit Querlage, beide Kinder in Querlage.

Meist kommt es zur spontanen Geburt, wobei der Zwilling ca. 30 Minuten nach der Geburt des ersten Kindes folgt.

Posiciones del niño antes del alumbramiento

La duración del desarrollo del niño, con excepciones particulares, asciende a aproximadamente 270 días. Teniendo en cuenta que el momento de la fecundación del óvulo es en la mayoría de los casos desconocido, se elige el primer día de la última menstruación sucedida como la fecha para el cálculo. De esta forma asciende la duración del embarazo a aproximadamente 280 días, es decir, 10 meses lunares de, cada uno, 28 días (40 semanas). En el transcurso del embarazo el embrión se revuelve repetidas veces y adquiere, dentro de sus membranas ovulares, posiciones cambiantes. En las últimas 3-4 semanas del embarazo una determinada parte del niño (con frecuencia la cabeza) adquiere una estrecha relación respecto al canal de conducción de la pelvis materna y mantiene esa posición. Sólo entonces es adecuada la denominación “posición o presentación del alumbramiento”.

Expansión de la matriz en cada uno de los meses del embarazo (Figuras 1 a 3)

La Figura 1 reproduce la expansión de la matriz del cuarto al décimo mes del embarazo, determinada mediante reconocimiento externo. Las cifras consignadas corresponden al final del respectivo mes. Hasta comienzos del cuarto mes la matriz no es palpable exteriormente (a través de la pared abdominal). Desde mediados del cuarto mes sale de la “pelvis pequeña” hacia arriba la parte superior de la matriz (fundus uteri), sobre la sínfisis (symphyse), alcanza a finales del noveno mes ambos arcos costales y decae de nuevo en el décimo mes del embarazo.

Al final de cada uno de los respectivos meses del embarazo el fundus alcanza la siguiente altura:

Cuarto mes:	muy por debajo de la sínfisis
Quinto mes:	por debajo del ombligo
Sexto mes:	exactamente a la altura del ombligo
Séptimo mes:	por encima del ombligo
Octavo mes:	a media altura entre el ombligo y el apéndice xifoides del esternón
Noveno mes:	el fundus alcanza el arco costal (posición más alta)
Décimo mes:	el fundus desciende a la posición del octavo mes

El hundimiento del fundus, que sucede cuatro semanas antes del alumbramiento en mujeres del primer parto y tres semanas antes en mujeres de varios partos, condiciona una variación de la forma del vientre de las embarazadas: el vientre se hunde y se abomba notablemente (Figura 3 respecto a la Figura 2), la matriz se ensancha (ver la Figura 1: estado al final del décimo mes). El ombligo se tapa; con frecuencia se abomba.

Las Figuras 2 y 3 reproducen el perfil del vientre de una embarazada, la posición de la matriz y la posición elevada de la cabeza del niño al final del noveno mes (Figura 2) y en el curso del décimo mes (Figura 3). El punto más elevado de la matriz corresponde respectivamente a la coronilla de los contornos trazados en la Figura 1. Al final del noveno mes (Figura 2) se ha ensalzado al máximo la matriz y roza el arco costal. La cabeza se presenta suelta sobre la entrada de la pelvis.

En el transcurso del décimo mes del embarazo (Figura 3) se hunde el fundus, el vientre “se desliza” hacia abajo, la matriz se ensancha (ver la Figura 1, décimo mes). La sección inferior de la matriz está representada acertada, como consecuencia de la inclusión del segmento uterino inferior y de la entrada de la cabeza del niño en la pelvis.

Posiciones del alumbramiento (Figuras 4 a 13)

Las figuras sirven para el esclarecimiento de algunas de las posiciones y presentaciones más importantes del niño. Se diferencian:

Posiciones: Relación del eje longitudinal del niño al de la madre

Posiciones del niño antes del alumbramiento

Español

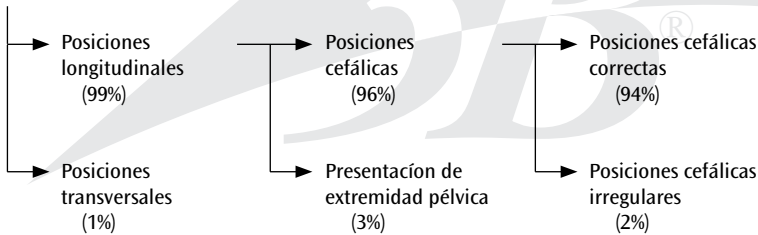
- Posturas:** Dirección de la espalda del niño respecto al costado de la madre (hacia la izquierda, hacia la derecha, hacia el frente, entre otras)
- Actitudes:** Tendencia de la cabeza del niño respecto al eje longitudinal del cuerpo del niño (flexión, distensión)
- Colocaciones:** Parte avanzada del niño en el paso a través del canal del alumbramiento (parte posterior de la cabeza, parte anterior de la cabeza, frente, pies, trasero, etc.)

La posición y la postura se expresan del siguiente modo:

- I. (primera) posición: la espalda (en posiciones longitudinales) o la cabeza (en posiciones transversales) del niño señala el costado izquierdo de la madre
- II. (segunda) posición: contraria a la posición I.

Además de la dirección exacta de la espalda del niño hacia la izquierda o hacia la derecha, se dan posturas intermedias, en las que la espalda, para posiciones longitudinales, puede mostrarse más hacia adelante (dorso-anterior), hacia atrás (dorso-posterior), o, para posiciones transversales, más hacia adelante (dorso-anterior), hacia atrás (dorso-posterior), hacia arriba (dorso-superior) o hacia abajo (dorso-inferior). Las siguientes cifras facilitan una impresión de la frecuencia aproximada de cada una de las posiciones del niño:

100 nacimientos



Posiciones occipitales anteriores (Figuras 4 y 5)

De entre 100 alumbramientos se dan aprox. 94 presentaciones cefálicas normales.

Figura 4: I. posición occipital anterior: la postura más frecuente

Figura 5: II. posición occipital anterior

La posición occipital anterior se la supone como la posición del alumbramiento más favorable, ya que ésta, en comparación con otras posiciones del niño, lleva consigo el menor peligro para la madre y para el niño.

Posiciones occipitales posteriores (Figura 6 y 7)

Posiciones cefálicas irregulares (posiciones occipitales posteriores, posiciones occipitales anteriores, posiciones de la frente y de la cara) se presentan en aprox. 2% de los alumbramientos.

Figura 6: I. posición occipital posterior: la postura más frecuente

Figura 7: II. posición occipital posterior

La diferencia respecto a la posición occipital anterior consiste en la postura orientada más hacia atrás de la espalda del niño (posición dorso-posterior). Durante el alumbramiento se puede todavía girar la parte occipital de la cabeza (y con ello la espalda) hacia adelante, de forma que el ulterior transcurso del alumbramiento se corresponde con el de la posición occipital anterior.

Posiciones del niño antes del alumbramiento

Las posiciones cefálicas irregulares muy poco frecuentes (posición de la cabeza anterior, de la frente, de la cara) acrecientan el peligro para la madre y para el niño o incluso no son aptas para el alumbramiento.

Presentaciones de extremidad pélvica (Figuras 8, 9 y 10)

Cuando en una posición longitudinal no es la cabeza la parte más adelantada, se trata de una presentación de extremidad pélvica. Estas constituyen aprox. el 3% de todos los alumbramientos. Según se presenten el trasero, ambos pies, el trasero y ambos pies o el trasero y un pie, tienen las diferentes posiciones diferente denominación:

Las Figuras 8, 9 y 10 representan las presentaciones de extremidad pélvica I. (espalda a la izquierda):

- Figura 8: posición del trasero pura
- Figura 9: posición perfecta del pie
- Figura 10: posición perfecta de trasero-pie

Las presentaciones de extremidad pélvica incrementan el riesgo de alumbramiento para la madre y el niño, de forma que, bajo determinadas condiciones, sea necesario realizar la operación cesárea. Dado que la parte del niño que precede en las presentaciones de extremidad pélvica tiene un perímetro menor que la cabeza, el ensanchamiento del orificio uterino de la matriz, que se inicia con los comienzos de las contracciones del alumbramiento, es deficiente y retardado. De aquí resulta un notable alargamiento de la duración del parto, con incremento creciente de la peligrosidad para la madre y para el niño.

Posiciones transversales (Figura 11)

Las posiciones transversales, que representan aprox. el 1% de todos los alumbramientos, se presentan cuando el eje longitudinal del niño corta al de la madre en ángulo recto u oblicuamente. De entre las posibles posturas de posiciones transversales se representa en la Figura 11 la posición transversal más frecuente I. dorso-anterior (la cabeza señala hacia la izquierda y la espalda hacia adelante). Posiciones transversales son posturas del niño no aptas para el alumbramiento, las cuales, si no se corrigen, llevan a la muerte de la madre y del niño.

El origen de una posición transversal tiene como causa frecuentemente impedimentos de la colocación normal de la cabeza, como parte conductora (gemelos, pelvis deformada, deformación de la matriz, placenta dispuesta delante del orificio uterino, entre otras).

Gemelos (Figuras 12 y 13)

De cada 80-90 alumbramientos se da un nacimiento de gemelos. Las figuras presentadas no muestran ninguna indicación, de si se trata de gemelos uniovulares o biovulares.

La posición de ambos niños entre sí es la misma o diferente. Con frecuencia se hallan ambos en presentación cefálica (Figura 12; 45% de los nacimientos de gemelos), o bien un niño en presentación cefálica y el otro en presentación de extremidad pélvica (Figura 13; 35% de los nacimientos de gemelos). El orden de frecuencia es como sigue: ambos niños en presentación de extremidad pélvica, presentación cefálica combinada con posición transversal, presentación de extremidad pélvica combinada con posición transversal, ambos niños en posición transversal.

Con frecuencia se presenta un alumbramiento espontáneo, en el que el gemelo sigue aprox. 30 minutos después del nacimiento del primer niño.

Positions de l'enfant avant la naissance Français

En tenant compte des écarts individuels, la durée de développement de l'enfant est d'environ 270 jours. Etant donné que la plupart du temps, la date de fécondation de l'ovule n'est pas connue, pour calculer la date de la naissance, on prend le premier jour des dernières règles. Ainsi, la durée de grossesse est d'environ 280 jours, i.e. 10 mois (lunaires) de 28 jours chacun (40 semaines). Au cours de la grossesse, l'embryon se retourne de façon répétée et change de position plusieurs fois à l'intérieur du chorion. Dans les 3 à 4 dernières semaines de la grossesse, une certaine partie de l'enfant (le plus souvent la tête) a des rapports plus étroits avec le canal de passage du bassin maternel et conserve cette position. Ce n'est qu'à partir de ce moment-là que l'on peut parler de « position de naissance ».

Augmentation de l'utérus au cours de chaque mois de la grossesse. (Fig. 1 à 3)

Fig. 1 représente par examen extérieur l'augmentation constatable de l'utérus du 4^e au 10^e mois de grossesse. Les nombres qui y figurent correspondent à la fin du mois respectif. Jusqu'au début du 4^e mois, l'utérus n'est pas palpable extérieurement (à travers l'abdomen). A partir du milieu du 4^e mois, le fond de l'utérus (Fundus uteri) croît et sort du « petit bassin » par la symphyse pubienne, et atteint les deux rebords costaux à la fin du 9^e mois et descend à nouveau au 10^e mois de grossesse.

A la fin de chaque mois de la grossesse le fond se trouve aux hauteurs respectives suivantes :

- 4^e mois : tout juste au dessous de la symphyse
- 5^e mois : sous le nombril
- 6^e mois : exactement à la hauteur du nombril
- 7^e mois : au-dessus du nombril
- 8^e mois : au milieu entre le nombril et l'extrémité inférieure du sternum
- 9^e mois : le fond atteint le bord des côtes (état le plus haut)
- 10^e mois : le fond descend au niveau du 8^e mois

La descente du fond qui, chez les femmes dont c'est le 1^{er} enfant, se produit 4 semaines avant la naissance, et chez celles qui en ont déjà eu, 3 semaines avant. Ceci provoque un changement de la forme du ventre de la femme enceinte : le ventre descend et se courbe plus vers l'avant (fig. 3 par rapport à la fig. 2), l'utérus s'élargit (cf. fig. 1 : état à la fin du 10^e mois). Le nombril s'étend, il est fréquent qu'il ressorte.

Les fig. 2 et 3 représentent le profil du ventre d'une femme enceinte, la position de l'utérus et le niveau de hauteur de la tête de l'enfant à la fin du 9^e mois (fig. 2) et au cours du 10^e mois (fig. 3). Le point le plus haut de l'utérus correspond respectivement au sommet porté sur la fig. 1. A la fin du 9^e mois (fig. 2), l'utérus est très haut, il touche le rebord costal. La tête se trouve au-dessus de l'entrée du bassin.

Au cours du 10^e mois de la grossesse (fig. 3), le fond descend, le ventre « glisse » vers le bas, l'utérus s'élargit (cf. fig. 1, 10^e mois). La partie inférieure de l'utérus est raccourci par suite de tirage du segment utérin inférieur et la tête de l'enfant est engagée dans le bassin.

Positions de naissance (Fig. 4 à 13)

Les figures servent à expliquer quelques positions importantes de l'enfant. On fait la différence entre :

- Positions : Rapport de l'axe longitudinal de l'enfant à celui de la mère
- Présentations : Sens du dos de l'enfant par rapport aux côtés de la mère (à droite, gauche, devant entre autres)
- Tenues : Inclinaison de la tête de l'enfant par rapport à l'axe longitudinal du corps de l'enfant (courbure, allongement)
- Attitudes : Partie de l'enfant qui passe en premier par la filière pelvигénitale (sommet occipito-antérieur, postérieur, front, pieds, siège entre autres.)

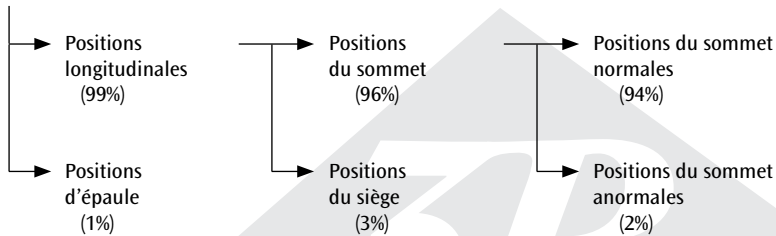
La position et la présentation sont exprimées comme suit :

1ère (première) position : le dos (présentation longitudinale) ou la tête (en positions de l'épaule) de l'enfant est dirigé vers le côté gauche de la mère.

2e (deuxième) position : opposée à la 1ère position.

En dehors de la direction exacte du dos de l'enfant vers la gauche ou vers la droite, il y a des positions intermédiaires dans lesquelles le dos en présentations longitudinales est plus vers l'avant (dorso-anterior), vers l'arrière (dorso-posterior), ou dans les positions d'épaule vers l'avant (dorso-anterior), vers l'arrière (dorso-posterior), vers le haut (dorso-superior) ou vers le bas (dorso-inferior). Les nombres suivants donnent une idée de la fréquence approximative des différentes positions de l'enfant :

100 naissances



Positions du sommet-occipito antérieures (Fig. 4 et 5)

Sur 100 naissances, il y a env. 94 positions du sommet occipito-iliaque correctes, normales.

Fig. 4: I. position du sommet occipito-antérieure : position la plus fréquente

Fig. 5: II. position du sommet occipito-antérieure

La position du sommet occipito-antérieure est la position de naissance la plus favorable puisqu'en comparaison avec d'autres présentations de l'enfant, elle présente le risque le plus faible pour la mère et l'enfant.

Positions du sommet occipito-postérieure (Fig. 6 et 7)

Des positions du sommet occipito-iliaque anormales (positions du sommet occipito-postérieures, positions du bregma, positions du front, positions de la face) se présentent dans env. 2% des naissances.

Fig. 6: I. position du sommet occipito-postérieure : position la plus fréquente

Fig. 7: II. position du sommet occipito-postérieure

La différence avec la position du sommet occipito-antérieure réside dans la position du dos de l'enfant (position dorso-postérieure) qui est orienté plus vers l'arrière. Pendant la naissance, il est possible que le sommet-occipito (et en même temps le dos) se retourne vers l'avant de telle sorte que la suite du déroulement de la naissance corresponde à la position du sommet-occipito antérieure.

Les positions sommet-occipito anormales plus rares (positions du bregma, position du front, position de la face) augmentent les risques pour la mère et l'enfant ou rend l'accouchement même impossible.

Positions du siège (Fig. 8, 9 et 10)

Si, dans une présentation longitudinale, la tête n'est pas la partie qui précède, il s'agit alors d'une position du siège. Celle-ci représente env. 3% de toutes les naissances. Selon que ce sont, soit le siège, les deux pieds, le siège et les deux pieds, soit le siège et un pied qui précèdent, les positions du siège dorso-iliaque portent les noms suivants :

Positions de l'enfant avant la naissance

Français

Les figures 8, 9 et 10 représentent I. positions du siège dorso-iliaque (le dos à gauche) :

Fig. 8 : position du siège pure

Fig. 9 : présentation parfaite des pieds

Fig. 10 : présentation parfaite du siège-pieds

Les présentations du siège augmentent les risques de la naissance pour la mère et l'enfant de telle sorte que dans certaines conditions, une césarienne s'impose. Etant donné que dans les cas de présentation de siège, la partie de l'enfant qui précède la toujours une circonférence plus petite que la tête, l'ouverture de l'orifice utérin qui commence dès les premières douleurs est insuffisante et retardée. Il en résulte donc une grande augmentation de la durée de la naissance entraînant de plus grands risques pour la mère et l'enfant.

Positions de l'épaule (Fig. 11)

Les positions de l'épaule qui représentent env. 1% de toutes les naissances arrivent quand l'axe longitudinal de l'enfant recoupe celui de la mère à angle droit ou incliné. Parmi les présentations possibles des positions de l'épaule, la fig. 11 représente la position I. de l'épaule en dorso-antérieure (tête à gauche, le dos étant dirigé vers l'avant) la plus fréquente. Les positions de l'épaule sont des présentations qui ne permettent pas d'accoucher, et lesquelles, si elles ne sont pas traitées entraînent la mort de la mère et de l'enfant.

Les raisons d'une position de l'épaule sont le plus souvent dues à des empêchements de la position normale de la tête en tant que partie qui précède (jumeaux, bassin déformé, malformations de l'utérus, placenta se trouvant devant l'orifice utérin entre autres).

Jumeaux (Fig. 12 et 13)

Sur 80 à 90 naissances, il y a une naissance de jumeaux. Les figures représentées n'indiquent pas s'il s'agit de vrais ou de faux jumeaux.

La position des deux enfants l'un par rapport à l'autre est pareille ou différente. Le plus souvent, ils se trouvent tous les deux en position du sommet (fig. 12 ; 45% de naissances de jumeaux) ou un enfant est en position du sommet, l'autre en position du siège (fig. 13 ; 35% des jumeaux). La fréquence est la suivante par ordre : les deux enfants en présentation du siège, présentation du sommet combinée avec la position de l'épaule, position du siège combinée avec la position de l'épaule, les deux enfants en position de l'épaule.

La plupart du temps, il y a naissance spontanée, le jumeau venant au monde env. 30 minutes après le premier enfant.

Apresentações da criança antes do parto

O período de desenvolvimento de uma criança incluindo-se suas diferenças individuais é de aproximadamente 270 dias. Como a data de fertilização do óvulo é normalmente desconhecida, o primeiro dia do último período mensal é escolhido como base para os cálculos. No entanto, a duração da gravidez é de aproximadamente 280 dias, ou seja, 10 meses lunares com 28 dias cada (40 semanas). O embrião move-se repetidas vezes durante o processo de gravidez e repetidas vezes assume posições diferentes em suas membranas extra-embriônicas. Uma certa parte da criança (na maioria dos casos a cabeça) entra em contato muito próximo com o canal parturiente da pelve materna no decorrer das últimas 3 ou 4 semanas de gravidez e mantém essa posição. Até esse momento não é usado o termo “apresentação”.

Aumento do útero durante cada mês da gravidez (figs. 1 a 3)

A figura 1 mostra o aumento do útero que pode ser determinado através de um exame externo à partir do 4º até o 10º mês de gravidez. Os números registrados correspondem aos do final de cada mês respectivo. O útero não pode ser tocado externamente (através da parede abdominal) até o início do 4º mês. Da metade do 4º mês em diante, a parte superior do útero (fundo uterino) ascende sobre a “pequena pelve” acima da sínfise púbica, alcançando os dois arcos costais ao final do 9º mês e então descendo novamente durante o 10º mês de gravidez.

Ao final do respectivo mês de gravidez, o fundo uterino está localizado na seguinte posição:

- 4º mês: um pouco abaixo da sínfise púbica
- 5º mês: abaixo do umbigo
- 6º mês: exatamente ao nível do umbigo
- 7º mês: acima do umbigo
- 8º mês: na metade entre o umbigo e a vesícula ensiforme do osso xifóide
- 9º mês: o fundo atinge o arco costal (posição mais elevada)
- 10º mês: o fundo descende à posição do 8º mês

A descendência ao fundo - que ocorre 4 semanas antes do parto em mulheres primíparas e 3 semanas para mulheres múltíparas - condicionam uma alteração no formato do abdome da mãe: o abdome desce e projeta-se mais intensamente (figura 3 comparada à figura 2), o útero torna-se maior (vide figura 1: condição no final do 10º mês). O umbigo cai e geralmente ressalta-se.

As figuras 2 e 3 mostram o perfil do abdome de uma mulher grávida, a posição do útero e a posição da cabeça da criança ao final do 9º mês (figura 2) e durante o 10º mês (figura 3). A posição mais alta do útero corresponde respectivamente ao pico das marcas apresentadas na figura 1. Ao final do 9º mês (figura 2), o útero está elevado e toca o arco costal. A cabeça do feto está livremente posicionada por entre a abertura pélvica superior.

Durante o 10º mês de gravidez (figura 3), o fundo descende, o abdome „escorrega“ para baixo, o útero fica maior (vide figura 1; 10º mês). A seção mais baixa do útero é estreitada devido a integração do segmento uterino inferior e da cabeça da criança já haver entrado na pelve.

Apresentações (figs. 4 a 13)

As figuras são ilustrações de algumas apresentações e posições essenciais. As seguintes distinções são feitas:

- Apresentações: Proporção da criança ao eixo longitudinal materno
- Posições: Direção das costas da criança em proporção aos lados da mãe (esquerdo, direito, frontal, etc.)
- Posturas: Ângulo de inclinação da cabeça da criança em proporção ao eixo longitudinal de seu corpo (flexão, extensão).
- Ocupações: Parte anterior da criança durante o surgimento através do canal parturiente (sincipício, occiput, testa, pés, nádegas, etc)

Apresentações da criança antes do parto

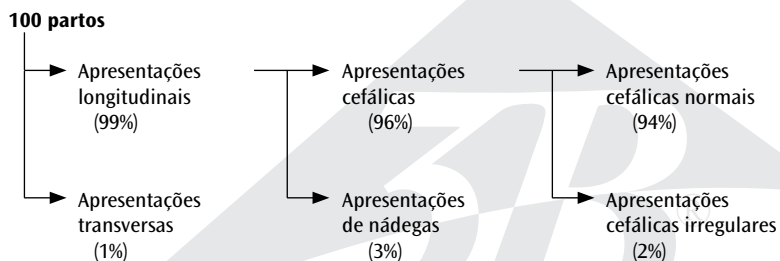
Português

A apresentação e a posição são determinadas como segue:

1ª (primeira) apresentação: as costas (em apresentações longitudinais) ou a cabeça (em apresentações transversas) da criança para o lado esquerdo da mãe

2ª (segunda) apresentação: oposta à 1ª apresentação

Além da exata direção das costas da criança para a esquerda ou direita, existem posições intermediárias nas quais as costas, em apresentações longitudinais, podem apontar mais para a frente (dorso-anterior), para as costas (dorso-posterior) ou em apresentações transversas para a frente (dorso-anterior), para as costas (dorso-posterior), para cima (dorso-superior) ou para baixo (dorso-inferior). Os seguintes dados dão uma idéia da freqüência aproximada das apresentações individuais:



Apresentações occipito-anteriores (figs. 4 e 5)

Entre 100 partos, existem aproximadamente 94 apresentações cefálicas normais.

Fig. 4: 1ª apresentação occipito-anterior (posição mais freqüente)

Fig. 5: 2ª apresentação occipito-anterior

A apresentação occipito-anterior é a apresentação mais favorável possível, pois ela requer o mínimo de risco para a mãe e a criança em comparação com as outras apresentações.

Apresentações occipito-posteriores (figs. 6 e 7)

Apresentações cefálicas irregulares (apresentações occipito-posteriores, apresentações em vertex, apresentações de rosto e ombro) ocorrem em aproximadamente 2% dos partos.

Fig. 6: 1ª apresentação occipito-posterior: (posição mais freqüente)

Fig. 7: 2ª apresentação occipito-posterior

A diferença entre as apresentações occipito-anterior e occipito posterior está na posição das costas da criança, mais voltada para trás (posição dorso-posterior). O occiput (bem como as costas) podem ainda virar-se para frente durante o parto de forma que este ainda possa se transformar em um caso de apresentação occipito-anterior.

As apresentações cefálicas irregulares mais excepcionais (apresentações em vertex, ombro e rosto) aumentam o risco para a mãe e a criança ou podem mesmo tornar impossível o parto normal.

Apresentações da criança antes do parto

Apresentações de nádegas (figs. 8, 9 e 10)

A apresentação em questão (de nádegas) acontece quando a cabeça do feto não se encontra na posição anterior. Este é o caso em aproximadamente 3% de todos os partos. As apresentações de nádegas recebem tratamentos diferentes de acordo com cada caso. Nádegas, ambos os pés, a nádega e ambos os pés ou as nádegas e um pé. Todas essas apresentações podem acontecer de forma anterior:

As figuras 8, 9 e 10 mostram primeiramente as apresentações de nádegas (da esquerda para a direita):

Fig. 8: apresentação de nádegas perfeita

Fig. 9: apresentação dupla trivial

Fig. 10: apresentação trivial completa

Apresentações de nádegas aumentam o risco do parto para a mãe e para a criança, tanto que sob certas circunstâncias uma operação cesariana deve ser efetuada. Como a parte anterior da criança sempre tem uma circunferência menor do que a cabeça, nos casos de apresentações de nádegas, a dilatação do osso cervical do útero que se dá no começo do trabalho de parto, é inadequada e atrasada. Isso irá resultar em uma extensão considerável da duração do trabalho de parto com um aumento de risco para a mãe e a criança.

Apresentações transversas (fig. 11)

Apresentações transversas que representam aproximadamente 1% de todos os partos, acontecem quando o eixo longitudinal da criança corta o eixo longitudinal do quadrilátero da mãe ou em um de seus ângulos. Entre as possíveis posições de apresentações transversas, a mais freqüente é a dorso-anterior (cabeça para esquerda, costas apontando para trás) como mostra a figura 11. Apresentações transversas não resultam em partos normais, os quais quando feitos sem acompanhamento, podem levar à morte a mãe e a criança.

A origem da apresentação transversa é na maioria das vezes causada por distúrbios na apresentação normal da cabeça (gêmeos, pelve deformada, malformação do útero, placenta localizada à frente do osso cervical, etc.).

Gêmeos (figs. 12 e 13)

Um parto de gêmeos ocorre à cada 80-90 partos. As imagens apresentadas não indicam se os gêmeos em questão são monozigóticos ou dizigóticos.

No caso de parto geminado, as crianças podem se apresentar na mesma posição ou em posições diferentes. A apresentação de ambas as crianças é, em sua maioria, cefálica (fig. 12; 45% dos partos de gêmeos) ou de uma criança em apresentação cefálica e a outra em apresentação pélvica (fig. 13; 35% dos partos de gêmeos). De acordo com a freqüência, as outras apresentações são: ambas as crianças em apresentação de nádegas, apresentação cefálica combinada com apresentação transversa, apresentação de nádegas combinada com apresentação transversa, ambas as crianças em apresentação transversa.

O parto é na maioria das vezes espontâneo, no curso do qual, a segunda criança aparece aproximadamente 30 minutos após o nascimento da primeira.

Presentazioni del bambino prima della nascita

Italiano

La durata dello sviluppo del bambino è di circa 270 giorni, tenendo conto delle differenze individuali. Poiché il momento della fecondazione della cellula uovo nella maggior parte dei casi è sconosciuto, si inizia il conteggio a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione. La durata della gravidanza è di circa 280 giorni, cioè 10 mesi (lunari) di 28 giorni ciascuno (40 settimane). Nel corso della gravidanza, l'embrione si gira ripetutamente e cambia più volte posizione all'interno della membrana fetale. Nelle ultime 3-4 settimane di gravidanza una determinata parte del bambino (nella maggior parte dei casi la testa) si mette in rapporto più stretto con il canale di passaggio del bacino materno e conserva questa posizione. Da questo momento si può parlare di "presentazione del feto".

Ingrandimento dell'utero nei singoli mesi della gravidanza (Figg. da 1 a 3)

La fig. 1 riproduce l'ingrandimento dell'utero dalla quarta alla decima settimana di gravidanza, appurabile mediante una visita esterna. Le cifre indicate corrispondono alla fine di ciascun mese. Fino all'inizio del quarto mese, l'utero non è palpabile esternamente (attraverso la parete addominale). Dalla metà del quarto mese, la parte superiore dell'utero (fondo dell'utero) fuoriesce dal "piccolo bacino" salendo attraverso la sinfisi pubica, e alla fine del nono mese raggiunge entrambi gli archi costali, per abbassarsi nuovamente al decimo mese.

Alla fine di ciascun mese di gravidanza, il fondo dell'utero si trova alla seguente altezza:

- 4° mese: immediatamente al di sotto della sinfisi
- 5° mese: al di sotto dell'ombelico
- 6° mese: esattamente all'altezza dell'ombelico
- 7° mese: al di sopra dell'ombelico
- 8° mese: a metà tra l'ombelico e l'estremità inferiore dello sterno
- 9° mese: il fondo dell'utero raggiunge l'arco costale (posizione più elevata)
- 10° mese: il fondo dell'utero si abbassa alla posizione dell'ottavo mese

L'abbassamento del fondo dell'utero, che nelle donne alla prima gravidanza avviene 4 settimane prima del parto, mentre nelle altre donne si verifica 3 settimane prima del parto, determina un cambiamento della forma della pancia delle gestanti: la pancia si abbassa e si curva fortemente in avanti (fig. 3 rispetto alla fig. 2), l'utero si allarga (v. fig. 1: posizione alla fine del decimo mese). L'ombelico si distende e spesso si inarca in avanti.

Le figure 2 e 3 ritraggono il profilo della pancia di una gestante, la posizione dell'utero e l'altezza della testa del bambino alla fine del nono mese (fig. 2) e nel corso del decimo mese (fig. 3). Il punto più elevato dell'utero corrisponde al vertice delimitato dai contorni riportati nella figura 1. Alla fine del nono mese (fig. 2), l'utero è rivolto verso l'alto e tocca l'arco costale. La testa si trova rilassata sopra l'entrata del bacino.

Nel corso del decimo mese di gravidanza (fig. 3), il fondo si abbassa, la pancia "scivola" più in profondità, l'utero si allarga (v. fig. 1, decimo mese). In seguito all'integrazione del segmento inferiore dell'utero, la parte inferiore dell'utero risulta accorciata e la testa del bambino entra nel bacino.

Presentazioni del feto (Figg. da 4 a 13)

Le figure illustrano alcune presentazioni e posizioni del feto. Si distinguono:

- Presentazioni: rapporto tra l'asse longitudinale del bambino e quello dell'utero
- Posizioni: direzione della schiena del bambino rispetto ai lati dell'utero (sinistra, destra avanti, ecc.)
- Posture: inclinazione della testa del bambino rispetto all'asse longitudinale del proprio corpo (piegamento, allungamento)
- Atteggiamenti: parte del bambino che precede al passaggio nel canale del parto (occipitale anteriore, posteriore, fronte, piedi, natiche, ecc.)

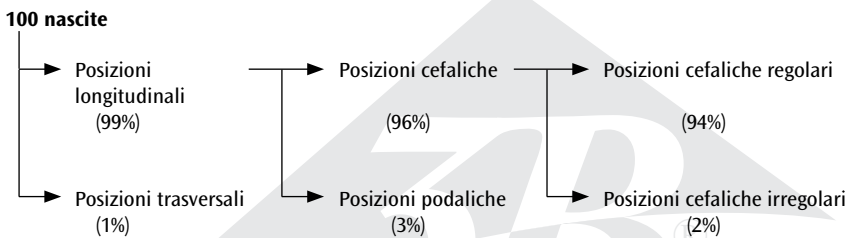
Presentazioni del bambino prima della nascita

Presentazione e posizione vengono espresse come segue:

I (prima) presentazione: la schiena (nelle presentazioni longitudinali) o la testa (nelle presentazioni trasversali) del bambino è rivolta verso il lato sinistro dell'utero

II (seconda) presentazione: contrapposta alla I presentazione

Oltre alla direzione precisa della schiena del bambino verso sinistra o verso destra, ci sono posizioni intermedie, in cui la schiena nelle presentazioni longitudinali può essere rivolta più in avanti (dorso-anteriore), all'indietro (dorso-posteriore) oppure nelle presentazioni trasversali in avanti (dorso-anteriore), all'indietro (dorso-posteriore), verso l'alto (dorso-superiore) oppure verso il basso (dorso-inferiore). Le cifre che seguono danno un'idea della frequenza approssimativa delle singole presentazioni fetali.



Presentazioni di vertice occipitale anteriore (Figg. 4 e 5)

Su 100 nascite, circa 94 sono in posizioni cefaliche regolari.

Fig. 4: I presentazione di vertice occipitale anteriore (posizione più frequente)

Fig. 5: II presentazione di vertice occipitale anteriore

La presentazione di vertice occipitale anteriore è la presentazione fetale migliore perchè in confronto ad altre presentazioni fetali risulta meno pericolosa per la mamma e il bambino.

Presentazioni di vertice occipitale posteriore (Figg. 6 e 7)

Posizioni cefaliche irregolari (presentazioni di vertice occipitale posteriore, presentazioni di bregma, presentazioni di fronte o di faccia) compaiono in circa il 2% dei parti.

Fig. 6: I presentazione di vertice occipitale posteriore (posizione più frequente)

Fig. 7: II presentazione di vertice occipitale posteriore

La differenza rispetto alla presentazione di vertice occipitale anteriore consiste nella posizione della schiena del bambino orientata più all'indietro (posizione dorso-posteriore). Durante il parto, il vertice occipitale (e così anche la schiena) può ancora girarsi in avanti, cosicché il parto prosegue come nel caso della presentazione di vertice occipitale anteriore.

Le presentazioni cefaliche irregolari meno frequenti (presentazione di bregma, di fronte o di faccia) aumentano i rischi per la mamma e il bambino oppure rendono il parto addirittura impossibile.

Posizioni podaliche (Figg. 8, 9 e 10)

Se in un asse longitudinale la parte che precede non è la testa, si tratta di una presentazione podalica. È il caso del 3% dei parti. A seconda che le parti che precedono siano le natiche, entrambi i piedi, le natiche ed entrambi i piedi, o le natiche ed un piede, le presentazioni cefaliche vengono definite diversamente.

Presentazioni del bambino prima della nascita

Italiano

Le figure 8, 9 e 10 rappresentano le I presentazioni cefaliche (schiena rivolta a sinistra).

Fig. 8: presentazione di natiche vera e propria

Fig. 9: presentazione di piedi completa

Fig. 10: presentazione di natiche e piede completa

Le presentazioni podaliche aumentano il rischio nel parto per la mamma e il bambino, cosicché in presenza di determinate condizioni si deve ricorrere al parto cesareo. Poiché nelle presentazioni podaliche la parte del bambino che precede ha sempre una circonferenza minore rispetto alla testa, l'allargamento del collo dell'utero che si attua con l'inizio dei dolori del parto è insufficiente e ritardato. Il risultato è un notevole prolungamento della durata del parto con rischi crescenti per la mamma e il bambino.

Posizioni trasversali (Fig. 11)

Le presentazioni trasversali, che rappresentano circa l'1% di tutti i parti, si verificano quando l'asse longitudinale del bambino taglia ad angolo retto oppure obliquo quello della mamma. Tra le possibili posizioni delle presentazioni trasversali, nella fig. 11 è rappresentata la I presentazione trasversale dorso-anteriore (testa avanti, schiena rivolta in avanti) che si verifica frequentemente. Le posizioni trasversali sono presentazioni del feto che rendono impossibile il parto e (se non trattate) possono portare alla morte della mamma e del bambino.

La genesi di una presentazione trasversale è dovuta nella maggior parte dei casi a impedimenti del normale atteggiamento della testa quale parte che precede (gemelli, bacino deformato, deformazioni dell'utero, placenta situata davanti al collo dell'utero ecc.)

Gemelli (Figg. 12 e 13)

Su 80-90 nascite si verifica un parto gemellare. Le figure rappresentate non specificano se si tratta di gemelli omozigoti o eterozigoti.

La presentazione dei bambini uno rispetto all'altro è uguale o diversa. Nella maggior parte dei casi, entrambi si trovano in presentazione cefalica (Fig. 12; 45% dei parti gemellari) oppure un bambino si trova in presentazione cefalica e l'altro in presentazione podalica (fig. 13; 35% dei parti gemellari). In ordine di frequenza seguono: entrambi i bambini in presentazione podalica, presentazione cefalica combinata con presentazione trasversale, presentazione podalica combinata con presentazione trasversale, entrambi i bambini in presentazione trasversale.

Nella maggior parte dei casi si verifica un parto spontaneo, in cui la nascita del gemello avviene 30 minuti dopo quella del primo bambino.

胎児の発育期間は個体によって違いはあるが平均約270日である。卵子の受精期日の確定は困難なため、最終月経期間の最初の日が予定日推定の基準とされる。そのため、計算上、妊娠期間は約280日または40週間となる。胎児は妊娠経過中、子宮内で繰り返しその体の向き(胎向)を変える。胎児の体の一部(多くは頭部)は出産前の3~4週間、母体の骨産道と緊密な状態になり、この胎向を維持する。

各妊娠月における子宮増大(図1~3)

図1に子宮増大の推移を示す。数字は妊娠月を表し、図は各月における最終状態である。妊娠4ヶ月から10ヶ月には外部からも子宮の増大を認めることが出来るが、4ヶ月初期までは外部から(腹壁を通して)触知できない。4ヶ月中期に入って子宮の上部(子宮底)は小骨盤から恥骨結合を越えて上方へ上がり、9ヶ月後期に肋骨弓に達する。そして、妊娠10ヶ月の時再び下行する。

各妊娠月後期の子宮底位置：

- 4ヶ月：恥骨結合の下方に近接
- 5ヶ月：臍窩の下
- 6ヶ月：臍窩の位置と一致
- 7ヶ月：臍窩の上方
- 8ヶ月：臍窩と剣状突起の剣状垂との中間
- 9ヶ月：子宮底は肋骨弓に達する(最高位)
- 10ヶ月：子宮底は8ヶ月の位置へ下行する

子宮底の下降は初産婦で出産から4週間前、経産婦では3週間におこり、母体の腹部の様相を変化させる。腹部は下降して、より大きく突き出てくる(図2と図3を比較)。子宮はより大きくなる(図1参照：妊娠10ヶ月後期の状態)。臍は消失、または突き出てくることも多い。

図2と図3に母体の腹部の側貌を示す。子宮の位置と9ヶ月後期(図2)そして10ヶ月(図3)の児頭(胎児の頭部)の位置である。各妊娠月での子宮の最高部は図1に示される外形線の頂点とそれぞれ一致する。9ヶ月の後期には(図2)、子宮は母体の軸と同方向に伸び、肋骨弓に接する。児頭は骨盤上口(骨盤入口)の上方に位置する。

妊娠10ヶ月の時(図3)、子宮底は下行し、腹部は低く滑降、子宮は伸展する(図1の10ヶ月の箇所を参照)。子宮の下部(子宮頸部)は子宮の低部(子宮腔部)と同化し短くなり、児頭は骨盤の中に入らなくなる。

胎位(図4~13)

主要な胎位と胎向を図に示す。

関連用語の定義は次のとおりである。

胎位：母体の縦軸と胎児の長軸との位置的関係
胎向：母体(子宮)に対する前後左右的な胎児の向きで、縦位では児背、横位では児頭が基準となる。

胎勢：胎児の長軸に対する児頭の傾斜角度。胎児の姿勢を示す。(屈曲、反屈;伸展)

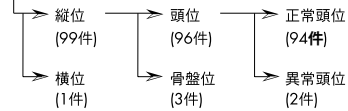
嵌入：児頭の大横径または前後径平面が骨盤入口面あるいはそれより下方にある状態。分娩機転(胎児が産道を通過する際に産道の各径線に自ら適した胎勢、胎向に変化させていく一連の流れ)における一状態。

主な胎向の分類：

- 第1胎向：(縦位では)児背、または(横位では)児頭が母体の左側にある
- 第2胎向：児背もしくは児頭がそれぞれ母体の右側にある

右側または左側といったはっきりとした児背の方向の他に、縦位で児背方向はより母体の正面を向くもの(背前位)、背側を向くもの(背後位)、または横位で正面を向くもの(背前位)、背側を向くもの(背後位)、上方を向くもの(背上位)、下方を向くもの(背下位)などの中間的な胎向もある。次の図に各胎位のおおよその頻度を示す。

出産100例中



前方後頭位(図4・5)

約94例の出産は正常頭位である。

図4：第1前方後頭位(最も多い胎位)

図5：第2前方後頭位

前方後頭位は、他の胎位が母体と胎児にわずかでも危険性を伴うのに対して、考え得る胎位の中でも最も好ましい胎位である

後方後頭位(図6・7)

異常頭位(後方後頭位、頭頂位、額位、顔位)は約2%の出産で起こる。

図6：第1後方後頭位(最も頻発する異常胎位)

図7：第2後方後頭位

前方後頭位と異なり、児背が後方へ向いている胎位(背後位)である。後頭位であればこのような後方位も、出産中に前方へ回転させることが可能であるため、前方後頭位の場合と同様の経過とされる。

頭頂位、額位、顔位などの、より特殊な異常頭位は母体と胎児への危険が大きく、また、出産自体においても不適當である。

骨盤位(図8・9)

縦位であっても児頭が先進部でない骨盤位は問題となる胎位である。これは全出産例中の約3%ある。骨盤位では分娩時に特殊な処置が施されるが、先進部が殿部(殿位)、両足(全足位)、殿部と両足(全複殿位)、もしくは殿部と片足(不全複殿位)かどうかにより分娩時の処置方法が異なる。

図8・9・10に第1殿位を図示する
(児背が左側を向く)

図8： 殿位

図9： 不全足位

図10： 全足位

骨盤位は母体と胎児にとって出産時の危険が高いため、状況によっては帝王切開が必要となる。骨盤位の場合、胎児の先進部は常に頭部より小さな周径であるため、分娩初期となっても子宮頸管の口部の開大は不十分となり、分娩が遅延するので、母体と胎児にとっての危険が増大する。

横位(図11)

横位は全出産例の約1%であり、胎児の長軸が母体の縦軸に対し直角またはある角度を呈した場合問題が生じる。横位の中でも頻発するのは第1横位背前位(児頭が左側を向き、児背は前方を向く: 第1横位第1分類)で図11に示す。横位は出産には好ましくない胎位であり、放置すれば母体と胎児の死亡にも結びつく。

横位の原因は、多くが何らかの理由(双胎、骨盤奇形、子宮奇形、胎盤の子宮頸部付着など)によって児頭が正常胎位をとることを阻害されたためである。

双胎(図12・13)

出産例80から90例中、1例が双胎出産である。ここに示す図には、問題の双胎児が一卵性か二卵性かは示していない。

双胎児の胎位は互いに同じであったり、異なったりする。双胎児の胎位は多くが二児とも頭位(図12: 双胎児出産の45%)、または第1児が頭位、第2児が骨盤位(図13: 双胎児出産の35%)である。次に多いのが、二児とも殿位、頭位と横位、殿位と横位、二児とも横位の胎位である。

出産は大方が自然分娩であり、第1児の出産のあと約30分で第二児が分娩される。

Положение плода перед родами

Период развития плода с учетом индивидуальных расхождений составляет приблизительно 270 дней. Поскольку момент оплодотворения яйцеклетки зачастую точно не известен, то за отправную точку для расчетов принимается первый день последней менструации. Таким образом, продолжительность беременности составляет примерно 280 дней, то есть 10 (лунных) месяцев по 28 дней (40 недель). Во время беременности зародыш неоднократно поворачивается и принимает различные положения внутри оболочек плодного пузыря. В последние 3-4 недели беременности определенная часть тела ребенка (чаще всего головки) наиболее близко располагается к родовому каналу таза матери и фиксируется в данном положении. Лишь тогда можно говорить о таком понятии, как «предлежание».

Увеличение матки во время беременности по месяцам (рисунки 1-3)

На рисунке 1 представлено увеличение матки с 4-го по 10-й месяцы беременности, которое можно определить при наружном обследовании. Цифры обозначают конец соответствующего месяца. До начала 4-го месяца снаружи (через брюшную стенку) матка не прощупывается. Начиная с середины 4-го месяца верхняя часть матки (дно матки) выходит за пределы малого таза - за лобковое сочленение (симфиз) - и в конце 9-го месяца достигает реберных дуг, а на 10-м месяце беременности снова опускается.

В конце каждого месяца беременности дно матки находится на следующем уровне:

4-й месяц: прямо под симфизом

5-й месяц: ниже уровня пупка

6-й месяц: точно на уровне пупка

7-й месяц: выше уровня пупка

8-й месяц: на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком грудины

9-й месяц: матка достигает уровня реберной дуги (наивысший уровень)

10-й месяц: матка опускается до уровня 8-го месяца

Опускание матки, которое происходит у первородящих женщин за 4 недели, а у повторнородящих за 3 недели до родов, вызывает изменение формы живота беременных: живот опускается и сильнее выпячивается (сравните рис. 3 и рис. 2), матка становится шире (см. рис. 1: положение в конце 10-го месяца). Пупок сглаживается, часто он выпячивается.

Рисунки 2 и 3 демонстрируют профиль живота беременной, положение матки и уровень расположения головки плода в конце 9-го месяца (рис. 2) и в течение 10-го месяца (рис. 3). Наивысшая точка матки соответствует в каждом случае вершине нанесенных на рис. 1 контуров. В конце 9-го месяца (рис. 2) матка высоко поднята, она соприкасается с реберной дугой. Головка располагается свободно над входом в таз.

В течение 10-го месяца беременности (рис. 3) матка опускается, живот как бы «сползает» вниз, матка становится шире (см. рис. 1, 10-й месяц). Нижняя часть матки укорачивается вследствие сглаживания нижнего маточного сегмента, и головка плода входит в полость таза.

Предлежания плода (рис 4-13)

Иллюстрации разъясняют некоторые основные положения и предлежания плода. Различают:

Положение плода: отношение продольной оси плода к продольной оси матки

Позиция и вид: отношение спинки плода к стороне матки (левой, правой, передней и т. д.)

Членорасположение плода: отношение головки плода к продольной оси тела плода (сгибательное, разгибательное)

Предлежание плода: идущая вперед по родовому каналу часть плода (затылочное, переднеголовное, лобное, ножное, ягодичное и др.)

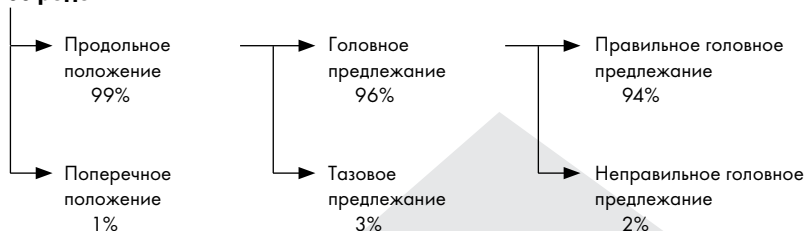
Положение и вид определяются следующим образом:

I (первая) позиция: спинка (при продольном положении) или головка (при поперечном положении) плода направлена к левой стороне матки.

II (вторая) позиция: противоположная первой позиции.

Помимо точного направления спинки плода влево или вправо бывают промежуточные положения, при которых спинка может быть больше обращена вперед (передний вид) или назад (задний вид) при продольном положении, а при поперечном положении – вперед (передний вид), назад (задний вид), вверх (верхний вид) или вниз (нижний вид). Следующие данные представляют информацию о приблизительной частоте некоторых положений плода.

100 родов



Передний вид затылочного предлежания (рисунки 4 и 5)

На 100 родов приходится примерно 94 нормальных правильных головных предлежаний.

Рис. 4: Затылочное предлежание, I позиция, передний вид: наиболее частое положение

Рис. 5: Затылочное предлежание, II позиция, передний вид

Передний вид затылочного предлежания наиболее благоприятен из всех возможных положений плода, потому что по сравнению с другими положениями плода он влечет за собой наименьшую опасность для матери и плода.

Задний вид затылочного предлежания (рисунки 6 и 7)

Неправильные головные предлежания (задний вид затылочного предлежания, переднеголозное, лобное и лицевое предлежания) встречаются примерно в 2% родов.

Рис. 6: Затылочное предлежание, I позиция, задний вид: наиболее частое положение

Рис. 7: Затылочное предлежание, II позиция, задний вид

Отличие от переднего вида затылочного предлежания состоит в том, что спинка плода более обращена назад (задний вид). Во время родов затылок (а вместе с ним и спинка) еще может повернуться вперед, таким образом, дальнейшее течение родов будет соответствовать их течению при переднем виде затылочного предлежания.

Более редкие аномальные положения головки (переднеголозное, лобное, лицевое) увеличивают риск для матери и плода, или даже делают невозможными самопроизвольные роды.

Тазовое предлежание плода (рисунки 8, 9 и 10)

Если при продольном положении головка не является впереди идущей частью, говорят о тазовом предлежании плода. Такое предлежание встречается в 3% всех родов. В зависимости от того, что является предлежащей частью - ягодицы, обе ножки, ягодицы и обе ножки или ягодицы и одна ножка, выделяют разные подвиды тазовых предлежаний.

На рисунках 8, 9 и 10 изображена I позиция тазового предлежания (спинка плода обращена налево):

Рис. 8: чисто ягодичное предлежание

Рис. 9: полное ножное предлежание

Рис.10: смешанное (полное) ягодично-ножное предлежание

Положение плода перед родами

Тазовое предлежание повышает риск осложнений при родах для матери и плода, таким образом, при наличии определенных предпосылок необходимо кесарево сечение. Поскольку идущая вперед часть плода при тазовом предлежании всегда имеет меньший размер по сравнению с головкой, то начинающееся с началом схваток раскрытие шейки матки является недостаточным и замедленным. Результатом является значительное увеличение продолжительности родов с возрастающим риском для матери и ребенка.

Поперечное положение (рис. 11)

Поперечные положения, которые составляют 1% от всех родов, имеют место тогда, когда продольная ось плода располагается под прямым углом или по диагонали по отношению к оси матери. Среди возможных видов поперечных положений на рисунке 11 изображено часто встречающееся поперечное положение, I позиция, передний вид (головка слева, спинка направлена вперед). Поперечные положения являются такими положениями, при которых самопроизвольные роды невозможны и (при отсутствии вмешательства) могут вызвать гибель матери и плода. В основе возникновения поперечных положений чаще всего лежат препятствия для нормального установления головки как ведущей части (близнецы, деформации таза, деформации матки, предлежание плаценты и прочие факторы).

Близнецы (рисунки 12 и 13).

На 80-90 родов приходится один случай рождения близнецов. На представленных рисунках не уточняется, какие близнецы изображены - однояйцевые или разнояйцевые.

Положение обоих плодов по отношению друг к другу может быть одинаковым или различным. Зачастую оба находятся в головном предлежании (рис. 12; 45% случаев рождения близнецов), или один ребенок находится в головном предлежании, а другой - в тазовом (рис. 13, 35% случаев рождения близнецов). Остальные виды предлежания близнецов распределяются в следующем порядке (по убыванию частоты): оба ребенка в тазовом предлежании; головное предлежание в сочетании с поперечным положением; тазовое предлежание в сочетании с поперечным положением; оба ребенка в поперечном положении.

Роды чаще всего происходят естественным путем, при этом второй ребенок появляется на свет примерно через 30 минут после первого.

分娩前胎先露

英文

幼儿发育期包括个体差异大约为270天。由于通常不知道卵母细胞的授精日期，末次月经的第一天将作为推算的依据。因此，妊娠时间大约为280天，也就是农历28天为一月，共10月（40周）。妊娠期间胎儿在胎膜腔里反复转动、改变姿势。胎儿的某一部分（通常是头）在怀孕的最后3-4周和母体骨盆的产道获得密切关系并且维持胎位。该术语“胎先露”迄今都是正确的。

妊娠期子宫每月增大（图1-3）

图1显示妊娠4-10月外测子宫的增大。每个月底记录对应的数值。子宫直到第4个月初才能在外面（通过腹壁）触及。从第4个月中期开始，子宫上端部分（宫底）从“小骨盆”上升超过耻骨联合，至第9个月底到达双侧肋弓，然后在第10个月再次下降。

妊娠的每个月底，子宫底处于以下各个位置：

第4个月：紧靠耻骨联合下面

第5个月：脐下

第6个月：脐平

第7个月：脐上

第8个月：脐与剑突之间

第9个月：子宫底到达肋弓（最高位）

第10个月：子宫底下降至第8个月的位置

初产妇的子宫下降发生在临产前4周，非初产妇的在临产前3周。孕妇腹部的外形改变：腹部下沉和更明显突出（图3和图2相比），子宫变宽（参照图1，第10个月底的情况），脐滑落并突出。

图2和图3显示孕妇腹部侧面，子宫和胎头在第9个月底的位置（图2）以及在第10个月期间的位置（图3）。图1显示了不同妊娠月底的子宫底最高位置。在第9个月底（图2）：子宫垂直达肋弓。胎头松散地位于骨盆上面。

在妊娠的第10个月期间（图3），宫底下降，腹部“滑”低，子宫变宽，（参照图1，第10个月）。由于子宫下段形成和胎头入盆的因素，子宫下面部分变短。

先露（图4-13）

图表说明了一些基本的胎先露和胎方位。下面是一些特性：

胎先露：胎儿与子宫纵轴的关系。

胎方位：胎儿背部方向与子宫侧面的关系（左，右，前等）

姿势：胎头歪曲的角度和胎儿身体纵轴的关系（歪曲，延伸）

衔接：通过产道的胎儿先露部位（前顶，后枕，前额，脚，臀部等）

胎先露和胎方位由下面因素决定：

第一胎位：胎儿背部（纵产式）或头（横产式）指向子宫左侧。

第二胎位：和第一胎位相反。

除了胎儿背部会指向子宫左侧或右侧的准确方向，还可以是中间的胎方位，其中背部纵胎位可指向更前（背前位），指向更后（背后位），指向更上（背上位），指向更下（背下位）。下面的图将显示出各个胎位的发生频率：

枕前先露（图4和图5）

在100次分娩中，大约有94个正常头先露。

图4：第一枕前位：最常见胎方位

图5：第二枕前位。

枕前位是最有利的胎位，和其他胎位相比，承担的危险性最小。

枕后先露（图6和图7）

不规则的头先露（枕后先露，顶先露，额先露，面先露）在分娩中出现的频率约为2%。

图6：第一枕后位：最常见的胎方位

图7：第二枕后位。

与枕前位不同的是胎儿背部更向后转（后背卧位）。枕（和背）在分娩中还能转向前，因此分娩的进一步过程相当于枕前位。其他的不规则枕先露（顶先露，额先露，面先露）会增加母婴危险性甚至不适合分娩。

臀先露（图8，9，10）

臀先露是假设头纵先露不在前面，是有问题的胎位。这类情形在所有分娩中约占3%。臀先露根据臀，双足，臀和双足或者臀和单足是否先露给予特别名称的。

图8, 9, 10显示第一臀先露（背向左）

图8: 良好的臀先露

图9: 双足先露

图10: 完整足先露

臀先露会增加母婴在分娩时的危险性，因此在确定情况下需做剖腹产。因为胎儿先露部分总是比臀先露情况下的胎头周径小，分娩初期宫颈扩张不够，分娩会延迟。这会导致分娩时间延长，母婴危险性增加。

横产式（图11）

横产式是胎儿身体纵轴和母体纵轴垂直或成角，在分娩中的出现约为1%。在可能发生的横产式中最多的是枕前横产式（头向左，背向前），如图11所示。横产式不适于分娩，（在每人照看的情况下）将会导致母婴死亡。

横产式大多数是由于正常头先露受干扰（双胞胎，不正常的骨盆，子宫畸形，胎盘前置于宫颈等）

Twins (fig. 12 and 13)

双胞胎（图12和13）

80至90次分娩中有一次双胞胎。显示的迹象并不表示双胞胎来自单卵双生或双卵双生。

双胞胎的先露可以是相同或不同。两个胎儿的先露大都是枕先露（图12：45%的双胞胎分娩）或一个胎儿是头先露另一个是骨盆先露（图13：35%的双胞胎分娩）。根据发生频率，依次常见的先露是：两个胎儿臀先露、头先露兼横位、臀先露兼横位、两个胎儿横位。

双胞胎的分娩大都是同时的，在第一个胎儿分娩后30分钟左右分娩第二个胎儿。



3B SCIENTIFIC® PRODUCTS

3B Scientific GmbH

Rudorffweg 8 • 21031 Hamburg • Germany
Tel.: + 49-40-73966-0 • Fax: + 49-40-73966-100
www.3bscientific.com • 3b@3bscientific.com

© Copyright 1999 / 2012 for instruction manual and design of product:
3B Scientific GmbH, Germany