

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Акушерські лещата (код курсу 7.2)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 6 годин.

I. Мета заняття

Використання акушерських щипців є основною операцією розродження через природні пологові шляхи. Враховуючи, що ця тема тісно пов'язана з багатьма іншими (слабкістю пологової діяльності, гіпоксією плода, кровотечами, екстрагенітальною патологією при вагітності, пізніми гестозами вагітних та ін.), вивчення її необхідно для студентів, що оволодівають акушерством.

II. Об'єм повторної інформації

1. Анатомічна будова жіночого таза та голівки новонародженого.
2. Розміри таза, площини таза, провідна вісь таза.
3. Поняття про сегменти голівки.
4. Визначення висоти стояння голівки.
5. Методи обстеження вагітних та роділь.
6. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.
7. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів. Знеболення під час пологів

III. Об'єм нової інформації

1. Будову щипців
2. Показання до операції накладання акушерських щипців
3. Протипоказання до проведення згаданої операції.
4. Умови для виконання цієї операції
5. Методи знеболювання при даній операції
6. Правила накладання акушерських щипців
7. Техніка та етапи виконання операції.
8. Ускладнення для матері та плода при даній операції

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Пологовий блок.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011).— Київ, 2012.— 16 с.
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів
5. Інструментарій для вконання операції

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Визначити показання, протипоказання та умови до операції накладання акушерських щипців		+	
2.	Виконати на фантомі операцію вихідних акушерських щипців.		+	

3.	Виконати на фантомі операцію порожнинних акушерських щипців		+	
----	---	--	---	--

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Яка будова щипців?
2. Які показання до операції накладання акушерських щипців?.
3. Які протипоказання до проведення даної операції?
4. Які умови для виконання цієї операції?.
5. Які методи знеболювання при даній операції?.
6. Які правила накладання акушерських щипців?
7. Яка техніка та етапи виконання операції?
8. Які ускладнення для матері та плода при даній операції?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Визначити показання, протипоказання та умови до операції накладання акушерських щипців
2. Виконати на фантомі операцію вихідних акушерських щипців.
3. Виконати на фантомі операцію порожнинних акушерських щипці

Тестові завдання

1. Роділля К., 26 років, знаходиться в пологах 18 годин: потуги з'явилися годину тому – по 30 сек. через 3-4 хвилини. Серцебиття плода аритмічне, до 100 уд. за хв. При піхвовому дослідженні визначено, що голівка знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу. Ваша подальша акушерська тактика?

- A. Виконати перінеотомію
- B. Кардіомо-ніторне спостереження та антигіпоксична терапія
- C. Пологи вести умовно консервативно, роділлі ввести атропін в/в
- D. Акушерські лещата *
- E. Кесарський розтин

2. Роділля 22 роки, пологи перші, термінові. Перейми почалися 12 год. тому. При поступленні перейми кожних 5 хв. по 40 сек., скарги на головний біль та погіршення зору (сітка перед очима). АТ 160/100 мм рт.ст., положення плоду повздовжнє, голівка великим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 136 уд./хв. Через 4 год. після поступлення почалися потуги, відійшли води. Раптово у роділлі виникли судоми з короткочасною втратою свідомості. Піхвинно: голівка на тазовому дні, стріловидний шов в прямому розмірі. Ваша тактика?

- A. Накладання вихідних акушерських щипців. *
- B. Кесарський розтин в ургентному порядку.
- C. Плороруйнівна операція
- D. Епізіотомія
- E. Накладання порожнинних акушерських щипців

3. В зв'язку з вторинною слабкістю пологової діяльності та наростаючою гіпоксією плода в II періоді пологів накладали вихідні акушерські щипці. Ранній післяпологовий період у такої жінки триває:

- A. 4 години *
- B. 30 хвилин

- C. 2 години
- D. 7 днів
- E. 41 день

4. Впершенароджуюча, пологи тривають 16 годин. Води вилилися 2 години тому. Головне передлежання, серцебиття плоду 168 уд\хв., ритмічне. Розкриття шийки матки повне, голівка перебуває у виході з малого тазу. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко у лона. Визначити тактику лікаря

- A. Накласти вихідні акушерські щипці *
- B. Кесарський розтин
- C. Накласти порожнинні акушерські щипці
- D. Медикаментозний сон
- E. Призначити родопідсилення

5. У першородячої у II періоді пологів, який триває одну годину, потуги через 5 хвилин, тривають 30 секунд. Розміри таза 25-28-31-21 см, маса плода 3600 г. Піхвинно: відкриття шийки матки повне, плідного міхура немає, голівка плоду на тазовому дні, сагітальний шов в прямому розмірі площини виходу, мале тім'ячко біля лона. Серцебиття плоду 100 уд./хв. Тактика лікаря?

- A. Накласти вихідні акушерські лещата*
- B. Провести кесарів розтин
- C. Введенняпологопідсилюючої суміші
- D. Призначити антигіпоксичну терапію
- E. Зробити плодоруйнівну операцію

Ситуаційні задачі :

1. Треті термінові пологи. Пологова діяльність активна. Голівка плоду опустилася у порожнину малого тазу після бурного відходження вод. Через 5 хв. різко уповільнилося серцебиття плоду, з'явилася аритмія. Відкриття шийки матки повне. Тактика? (Порожнинні акушерські щипці)

2. Першоороділля 26 років доставлена у II періоді своєчасних пологів. На диспансерному нагляді не перебувала. Голівка плоду у вузькій частині порожнини малого тазу. Стан плода задовільний. Почалися дрібні фібрилярні посіпування повік, що поширилися на обличчя та верхні кінцівки. Яка тактика ведення пологів? (Акушерські щипці)

3. Вагітна з хірургічно корегованою тетрадою Фало поступила до пологового будинку у потужному періоді. Відкриття маткового зіву повне, голівка в плоскості виходу з порожнини малого тазу. Серцебиття 148 уд. за хв. Тактика лікаря? (Виключення потужного періоду накладанням вихідних акушерських щипців)

4. Роділля О. 27 років. Вагітність II, 37-38 тижнів, пологи II, II період пологів. Почався приступ еклампсії. При вагінальному обстеженні: голівка плоду заповнює всю крижову западину, стріло-видний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко звернене до лобка. Які тактика ведення пологів? (Накладання акушерських щипців)

5. Роділля 28 років при надходженні до пологового будинку скаржить на головний біль, порушення зору, заторможеність. Артеріальний тиск 200/110 мм.рт.ст. Виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Голова плоду у порожнині малого тазу. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 190 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, голівка плоду у порожнині малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів? (Операція накладення акушерських щипців)

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

За наявності показань для екстреного розродження у ряді випадків методом вибору є інструментальне розродження (акушерські щипці або вакуум-екстракція), а не операція

кесаревого розтину. При вирішенні питання про вибір методу екстреного розродження до уваги береться стан матері і плода, період родів, ступінь розкриття шийки матки, розташування передлежачої частини, положення і конфігурація головки плода, фізичний і моральний стан матері, можливість взаємодії з нею, досвід акушера, а також наявність необхідного устаткування.

Існує обмежена кількість абсолютних показань до інструментального розродження, і є значні регіональні і інтернаціональні відмінності в частоті інструментального розродження. Для зниження частоти інструментального розродження використовуються різні підходи, зокрема моральна підтримка супроводжуючої особи під час родів, активне ведення при вторинній слабкості пологової діяльності з використанням окситоцину, а також переважно вертикальне положення тіла роділлі в процесі родів. При застосуванні епідуральної анестезії необхідно почекати, поки не закінчиться знеболюючий ефект. Вільніший підхід до тривалості другого періоду родів також може сприяти зниженню частоти інструментального розродження.

Існують певні розбіжності щодо вибору оптимального методу інструментального розродження. У США перевага віддається акушерським щипцям, хоча розширюються показання і до використання вакуум-екстрактора. У європейських країнах, навпаки, акушерські щипці використовуються значно рідше в порівнянні з вакуум-екстракцією.

Результат інструментального розродження цілком залежить від досвіду акушера, що проводить розродження. Несприятливий результат майже завжди пов'язаний з недостатнім знайомством оператора з основним інструментарієм або технікою його використання. При вторинній слабкості пологової діяльності, коли голівка дитини ще не досягла тазового дна, призначення окситоцину іноді є доцільнішим в порівнянні з дуже раннім інструментальним розродженням.

АКУШЕРСЬКІ ЩИПЦІ

Акушерськими щипцями називається інструмент, призначений для витягання плоду за голівку. Операція накладення акушерських щипців є розроджуючою операцією, при якій плід штучно витягується через природні родові шляхи за допомогою спеціального інструменту.

Акушерські щипці були винайдені на початку XVII століття шотландським лікарем Чемберленом, який зберігав свій винахід в таємниці і воно не стало надбанням акушерської практики. Пріоритет у винаході акушерських щипців по праву належить французькому хірургу Пальфіну, який в 1723 р. опублікував своє повідомлення. Інструмент і його застосування швидко набули широкого поширення. У Росії щипці вперше були застосовані в 1765 р. в Москві професором Еразмусом. Надалі в розвиток теорії і практики операції накладення акушерських щипців великий внесок внесли вітчизняні акушери Н. М. Максимович-Амбодік, А. Я. Крассовський, І. П. Лазаревич, Н. Н. Феноменов.

У сучасному акушерстві, не дивлячись на нечасте застосування цієї операції, вона має важливе практичне значення, оскільки при деяких акушерських ситуаціях є операцією вибору. З початку впровадження щипців в акушерську практику зроблено незліченну кількість спроб їх удосконалення в цілях підвищення ефективності і безпеки їх застосування.

Будова акушерських щипців. Основна модель щипців, яка використовується в нашій країні, це щипці Сімпсона — Феноменова. Щипці складаються з двох гілок (або ложок) — правої і лівої. Кожна гілка складається з 3 частин: власне ложка, замкова частина і рукоятка. Власне ложка робиться вікончастою, а рукоятка — порожнистою, щоб зменшити масу щипців, яка складає близько 500 г. Загальна довжина інструменту 35 см, довжина рукоятки із замком — 15 см, ложки — 20 см. Ложка має так звані головну кривизну і тазову. Головна кривизна відтворює коло головки плоду, а тазова — крижову западину, відповідаючи до певної міри провідній осі тазу. У щипцях Сімпсона — Феноменова відстань між найбільш віддаленими точками головної кривизни ложок при замиканні щипців складає 8 см, верхівки щипців знаходяться на відстані 2,5 см. Існують моделі щипців тільки з однією, головною, кривизною (прямі щипці Лазаревича).

Замок служить для з'єднання гілок. Будова замків неоднакова в різних моделях щипців:

замок може бути вільно рухомим, помірно рухомим, нерухомим і зовсім нерухомим. Замок в щипцях Сімпсона — Феноменова має просту будову: на лівій гілці є виїмка, в яку вставляється права гілка. Така будова замку забезпечує помірну рухливість гілок — ложки не розходяться догори і донизу, але мають рухливість в сторони. Між замком і рукояткою на зовнішній стороні щипців є бічні виступи, які називаються гачками Буша. Коли щипці складені, гачки Буша представляють надійну точку опори, що дозволяє розвивати велику силу при тракціях. Крім того, гачки Буша служать пізнавальним знаком правильності складання ложок щипців. При складанні ложок гачки повинні симетрично лежати в одній площині. Рукоятки щипців прямолінійні, зовнішня їх поверхня ребриста, що попереджає сковзання рук хірурга. Внутрішня поверхня рукояток гладка, у зв'язку з чим при зімкнутих гілках вони щільно прилягають один до одного. Гілки щипців розрізняються за наступними ознаками: 1) на лівій гілці замок і пластинка замку знаходяться зверху, на правій — знизу; 2) гачок Буша і ребриста поверхня рукоятки (якщо щипці лежать на столі тазовою кривизною вгору) на лівій гілці обернені вліво, на правій — управо; 3) рукоятка лівої гілки (якщо щипці лежать на столі і рукоятками направлені до хірурга) звернена до лівої руки, а рукоятка правої гілки — до правої руки хірурга.

До інших найбільш відомих моделей щипців відносяться: 1) щипці Лазаревича (російська модель), що мають одну головну кривизну і ложки, що неперехрещуються; 2) щипці Левре (французька модель) — довгі щипці з двома кривизнами, рукоятками, що перехрещуються, і гвинтовим замком, який наглухо загвинчується; 3) німецькі щипці Негеле, що сполучають в собі основні якості моделей щипців Сімпсона — Феноменова (англійські шпилі) і Левре.

Показання для операції накладання акушерських щипців

I. Показання з боку матері:

А. Патологія вагітності та пологів.

1. Тяжкий ступінь прееклампсії або еклампсія.
2. Передчасне відшарування плаценти в другому періоді пологів, коли голівка перебуває в порожнині малого тазу.
3. Ендометрит під час пологів.
4. Слабкість пологової діяльності в другому періоді родів, яка не піддається медикаментозному лікуванню.
5. Емболія навколоплідними водами та інші невідкладні стани.

Б. Тяжка екстрагенітальна патологія, яка вимагає виключення або скорочення другого періоду пологів:

1. Декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи (пороки серця, порушення серцевого ритму, стенокардія, інфаркт міокарду, гіпертонічний криз, тощо).
2. Загроза або початок відшарування сітківки ока.
3. Крововилив в мозок (інсульт).
4. Гостра дихальна, печінкова, ниркова недостатність.
5. Тромбоемболія легеневої артерії.
6. Кровохаркання, набряк легенів та інші.

II. Показання з боку плода:

- Гостра гіпоксія (дистрес) плода.

Умови для накладання щипців

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.
3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плода і тазу матері.
5. Голівка плоду повинна бути розташована в порожнині малого тазу або в площині виходу з малого тазу.

Операція накладання акушерських щипців вимагає наявності всіх перерахованих умов.

За відсутності хоч би однієї з цих умов операція протипоказана.

Протипоказання для накладання щипців

1. Мертвий плід.
2. Недоношений (вага менше 2000 г) або гігантський плід (вага більше 5000 г). Це пов'язано з розмірами щипців, які найбільш підходять для голівки доношеного плода середніх розмірів, застосування їх інакше стає травматичним для плода і для матері.
3. Аномалії розвитку плоду (гідроцефалія, аненцефалія).
4. Анатомічно вузький таз (II, III і IV ступенів) та клінічно вузький таз.
5. Розгинальні вставлення голівки (передній вид передньо-головного, лобного, лицевого).
6. Голівка плода знаходиться над входом в малий таз, притиснута, вставилася малим або великим сегментом в площину входу в малий таз.
7. Високе пряме стояння голівки.
8. Тазове передлежання плоду.
9. Неповне відкриття шийки матки.
10. Велика родова пухлина на голівці плоду

Правила і техніка накладання акушерських щипців

Якщо голівка плоду знаходиться в площині виходу з малого тазу, накладають *вихідні акушерські щипці (типові)* в поперечному розмірі тазу, а якщо голівка ще знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу — накладають *порожнинні акушерські щипці (атипові)* в одному з косих розмірів тазу.

Операція екстракції акушерськими щипцями проводиться в такому порядку:

Підготовка до операції:

- 1) Катетеризація сечевого міхура;
- 2) дезинфекція зовнішніх статевих органів;
- 3) проведення наркозу;
- 4) перед операцією проводиться ретельне вагінальне дослідження з метою підтвердження наявності умов для накладення щипців: виявлення повного відкриття шийки матки, відсутності плодового міхура, рівня розташування голівки, визначення швів та тім'ячків. Залежно від положення голівки визначається, який варіант операції буде застосований: порожнинні акушерські щипці при голівці, що знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу, або вихідні акушерські шпилі, якщо голівка опустилася на тазове дно, тобто у вихід з малого тазу.
- 5) розміщення щипців у складеному вигляді, визначення лівої та правої гілок.

Приступаючи до розродження за допомогою щипців, акушер повинен мати чітке уявлення про біомеханізм родів, якому доведеться штучно наслідувати. Необхідно орієнтуватися в тому, які моменти біомеханізму родів голівка вже встигла виконати і які їй належить зробити за допомогою щипців. Щипці є витягаючим плід інструментом, які замінюють бракуючу силу потуг. Застосування щипців з іншою метою (виправлення неправильного вставлення голівки, заднього виду потиличного вставлення, як виправляючого і ротаційного інструменту) давно виключене.

Наркоз при накладанні щипців необхідний. Наркоз потрібен не лише для знеболення цієї операції, що саме по собі дуже важливо, а й для розслаблення м'язів промежини, що необхідно при накладанні щипців. Під час виконання операції накладання порожнинних щипців проводиться знеболення за допомогою внутрішньовенного наркозу або перидуральної (спінальної) анестезії; при вихідних щипцях – можлива лише пудендальна анестезія.

У зв'язку з тим, що при витяганні голівки плода в щипцях зростає ризик розриву промежини, накладення акушерських щипців, як правило, поєднується з епізіотомією.

Виконання операції:

Операція накладення акушерських щипців складається з наступних моментів:

1. Введення і розміщення ложок щипців.

2. Замикання гілок щипців.
3. Пробна тракція.
4. Робочі тракції – екстракція плода;
5. Зняття щипців.
6. Народження плечиків.

Правила накладання акушерських щипців

При вивченні техніки операції треба керуватися потрійним правилом М.С. Малиновського.

Перше потрійне правило — "три ліворуч — три праворуч". Першою вводиться ліва ложка, лівою рукою в ліву половину таза. Другою вводиться права ложка, правою рукою в праву половину таза.

Друге потрійне правило — "три осі": при накладанні щипців повинні збігтися три осі — поздовжня вісь таза, голівки, щипців. Для цього введення щипців має бути спрямованим верхівками вгору, ложки повинні лягти на голівку біпаріетально, ведуча точка повинна перебувати в одній площині з замковою частиною щипців.

Третє потрійне правило — "три позиції — три тракції". I позиція — голівка плода при вході до малого таза малим або великим сегментом. Тракції спрямовані на носки сидячого акушера. Щипці, накладеш при такому положенні голівки, називаються *високими і в теперішній час не застосовуються*. II позиція — голівка в порожнині малого таза. Тракції спрямовані на коліна стоячого акушера. Щипці, накладені при такому положенні голівки, називаються *порожнинними*. III позиція — голівка у виході з малого таза. Тракції спрямовані на себе, а після утворення точки фіксації — вгору. Щипці, накладені при такому розміщенні голівки, називаються *вихідними*.

Правила накладання вихідних щипців

Голівка плода знаходиться на тазовому дні. Стрілоподібний шов — у прямому розмірі. Щипці накладають в поперечному біпаріетальному розмірі голівки і в поперечному розмірі таза. Щипці лежать правильно щодо голівки плода і правильно щодо таза матері. Екстракція плода проводиться по горизонталі доти, поки потилиця не з'явиться під симфізом, а потім вгору, поступово наближаючись до вертикального напрямку.

Правила накладання порожнинних щипців

Голівка плода знаходиться в порожнині таза. Стрілоподібний шов — в одному з косих розмірів. Щипці накладають в поперечному (біпаріетальному) розмірі голівки плода, але в одному з косих розмірів таза: при першій позиції переднього виду — в лівому косому, при другій позиції переднього виду — в правому косому.

При першій позиції, передньому виді: стрілоподібний шов у правому косому розмірі, щипці накладають у правому косому розмірі. Ліва ложка, введена ззаду і зліва, там і залишається. Ввести праву ложку спереду неможливо, отже, її вводять ззаду й праворуч, а потім уже введenu праву ложку пересувають наперед, тобто змушують, як кажуть, "блукати". При другій позиції, передньому виді: стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, щипці накладають у правому косому. Ліва ложка повинна лежати спереду і зліва; через те що спереду вона не може бути введена, ми вводимо її ззаду і вліво і переміщаємо (змушуємо блукати) наперед. Права ложка, введена назад, там і залишається. Екстракція повинна бути спрямована на те, щоб не лише витягти голівку, а й повернути її потилицею під симфіз (при першій позиції — зліва направо, при другій — справа наліво).

Техніка накладання вихідних акушерських щипців при передньому виді потиличного вставлення голівки плода

I момент - введення ложок щипців. Акушер лівою рукою розводить статеву щілину жінки і чотири пальці правої напівруки вводять між голівкою і лівою половиною бічної стінки піхви, а великий палець залишається зовні і його відводять убік. Введення ложок щипців у вагіну краще всього проводити під час потуги. Оператор лівою рукою бере рукоятку лівої гілки як «перо» або як «смичок» скрипки. Рукоятку відхиляють паралельно до правої пахової складки породіллі, а кінець ложки своїм нижнім ребром кладуть на великий і середній пальці і

притискують до вказівного пальця. При цьому кінець гілки щипців повинен бути обернутий у верхню частину піхви матері. Потім під силою власної ваги легкого і обережного руху лівої руки і підштовхування великого пальця правої руки ложку вводять в піхву так, щоб її нижнє ребро весь час просувалося у всередину, ковзаючи по штучній «рейці», яка утворена вказівним і середнім пальцями внутрішньої напівруки. Нижнє ребро верхівки ложки може також ковзати по «рейці», утвореній четвертим пальцем, торкаючись середнього і вказівного пальців. При введенні ложки щипців в піхві необхідно пам'ятати, що череп плоду є кулею, навколо однієї з його половин повинна обійти ліва ложка, що має для цього головну кривизну. З цього положення стає зрозумілим, що спочатку введення інструменту ложку слід штовхати так, щоб її кінець весь час відходив від голівки трохи більше у бік стінки тазу, а не у бік черепа плоду, щоб не пошкодити його дрібні частини (наприклад, не відірвати вухо). Тільки тоді, коли верхівка ложки пройде четверту частину кола головки (кулі), її кінець необхідно направити ближче до дротяної лінії тазу, чим до її стінки. Коли кінець ложки підніметься догори і досягне верхнього краю головки, рукоятку поволі і поступово опускають донизу - у напрямку до промежини і ближче до правого стегна матері.

При цьому введена в піхву частина ложки робить оборот біля головки по дузі приблизно в 45° , а навколо своєї подовжньої осі - на 90° . Внутрішня рука повинна допомагати цій зміні положення ложки і ретельно контролювати, щоб при цьому між головкою і ложкою не потрапили, а потім не ущемилися м'які тканини матері. Таким чином, при введенні ложок щипців оператор дотримується *першого потрібного правила*: «лівою рукою беруть ліву гілку щипців і вводять її в ліву половину тазу жінки». Після введення і розміщення лівої ложки за кінцями пальців, тім'яними горбами і вухом плоду, акушер передає асистенту рукоятку лівої гілки щипців. Оператор правою рукою розводить статеву щілину, чотири пальці лівої напівруки вводять між головкою і правою половиною піхви, дотримуючись *наступного потрібного правила*: «правою рукою бере праву гілку щипців і вводять її в праву половину тазу роділлі», аналогічно тому, як вводилася і розміщувалася ліва ложка. При вихідних щипцях введення і розміщення ложок вважається закінченим, якщо замок щипців знаходиться близько до зовнішніх статевих органів, рукоятки разом з гачком Буша опускаються до середньої лінії і займають горизонтальне положення.

II момент - замикання гілок щипців. Для замикання гілок щипців кожену рукоятку захоплюють однойменною рукою так, щоб великі пальці розміщувалися уздовж передньої її поверхні, а їх кінчики на гачках Буша, внутрішня поверхня долоні і чотири інші пальці охоплювали зовнішню і задню поверхні. Рукоятки піднімають догори, а у момент опускання донизу замикають шпилі, для чого наближають одну до іншої так, щоб звуження на правій ложці увійшло в замок лівої гілки. При замиканні гілок провідна точка голівки повинна знаходитися в площині замку щипців. Якщо провідна точка знаходиться вище або нижче за площину щипців, тоді ложки зісковзують з голівки плоду. При правильно введених і розміщених ложках замок замикається повністю, рукоятки стають паралельно одна іншій, гачки Буша співпадають між собою. Неправильно накладені гілки вихідних щипців неможливо замкнути. Для того, щоб переконатися в правильному введенні ложок і замиканні гілок щипців, в піхву вводять пальці однієї з рук і перевіряють, чи не відбувся утиск ложками м'яких тканин роділлі

III момент - пробна тракція. Цей момент проводять для того, щоб перевірити, чи не зісковзують ложки щипців з голівки плоду під час тракції. Для цього праву руку кладуть зверху на замок щипців так, щоб середній палець розміщувався між ложками, вказівний і безіменний лягли на гачки Буша і тримали рукоятку щільно зімкненою. Ліву руку кладуть зверху на тильну поверхню правої руки так, щоб великий палець охоплював її з одного боку, середній, безіменний і мізинець - з іншого боку, а витягнутий вказівний палець торкався голівки плоду. Як правило, пробна тракція проводиться в тому напрямі, в якому знаходяться рукоятки після замикання гілок щипців, притримуючись третього потрібного правила: «вісь щипців, вісь головки і вісь тазу повинні співпадати». При зісковзуванні щипців з голівки плоду вказівний палець лівої руки поступово або швидко віддаляється від черепа, відстань між замком щипців і

голівкою збільшується, рукоятки починають розходитися. У таких випадках пробну тракцію необхідно припинити, зняти щипці і ввести ложки знову. Якщо ложки правильно введені і розміщені, а рукоятки замкнуті, то під час пробної тракції голівка просувається за щипцями і кінчик вказівного пальця лівої руки весь час торкається черепа плоду.

IV момент - робочі тракції. Після того, як акушер під час пробної тракції переконався в правильності накладення щипців, приступають до проведення робочих тракцій. Права рука продовжує утримувати щипці так, як це було під час пробної тракції. Посилення витягування голівки лівою рукою можливо в трьох положеннях:

- 1) ліва рука лягає зверху на праву так, як при пробній тракції (тільки згинається вказівний палець);
- 2) права рука накладається зверху на кінці рукоятки під лівою рукою;
- 3) права рука на замку і гачках Буша, ліва зверху на рукоятках.

Незалежно від того, яка рука захоплює рукоятки, основною витягуючою силою є другий, третій і четвертий пальці руки, розташовані на замку і гачках Буша.

Робочі тракції проводять згідно біомеханізму родів. Витягання голівки плоду починається із слабкої тракції, яка поступово посилюється, доводиться до максимуму і тримається протягом 20-30 секунд, після цього знову поступово слабшає (у сумі складає до 2-3 хвилин). Тракції повинні проводитися з паузами від 30 до 60 секунд. При проведенні пробної і робочих тракцій (особливо в кінці операції) необхідно, щоб «вісь щипців, вісь голівки і вісь тазу співпадали», стрілоподібний шов знаходився посередині між ложками, провідна точка голівки (мале тім'ячко) повинно знаходитися в площині гілок і бути біля замків щипців. Тракції проводяться тільки в одному напрямі залежно від розміщення провідної точки і тенденції зміни її положення.

Після прорізування потилиці, якщо акушер вирішив виводити голівку в щипцях, оскільки мале тім'ячко знаходиться під нижнім краєм симфізу, то він встає збоку від роділлі, однією рукою (яка сильніше) захоплює щипці і проводить тракції рукояток догори, розгинаючи голівку, а інший - захищає промежину і дитину третім ручним прийомом акушерської допомоги. При загрозі розриву промежини необхідно провести термінову епізіотомію або зняття щипців.

V момент - зняття щипців. Деякі автори вважають, що виведення голівки в щипцях небезпечно не тільки для плоду, але і для матері, оскільки ложки додатково стискають череп, збільшують розмір голівки і частоту розривів промежини, тому радять під час прорізування потилиці проводити зняття ложок щипців. Цю маніпуляцію необхідно проводити поза потугою. Якщо в цей час виникає потуга, то оператор або асистент долонею руки утримує голівку в статевій щілині. Для зняття ложок щипців акушер захоплює рукоятки однойменними руками, розмикає щипці в замку, знімає і виводить їх в порядку, зворотному тому, в якому вони були накладені.

Техніка накладення порожнинних акушерських щипців при передньому виді, I позиції потиличного вставлення голівки плоду

Накладення порожнинних щипців - це акушерська операція витягання голівки плоду, що перебуває у вузькій частині своїм стрілоподібним швом в одному з косих розмірів малого тазу. Вони, як правило, використовуються при передньому виді потиличного передлежання для завершення внутрішнього повороту голівки і переведення стрілоподібного шва в прямий розмір площини виходу з малого тазу. Порожнинні акушерські щипці накладаються на голівку біпаріетально, перпендикулярно до стрілоподібного шва. Необхідно діагностувати, в якому - правому чи лівому - косому розмірі знаходиться стрілоподібний шов. Накладання порожнинних щипців проводиться за основними правилами накладання акушерських щипців.

Порожнинні акушерські щипці при високому стоянні голівки (у площині входу або широкої частини малого тазу) не застосовують, оскільки вони дуже часто приводять до травми як матері, так і плоду.

При передньому виді, I позиції потиличного вставлення плоду голівка перебуває у вузькій частині малого тазу, стрілоподібний шов - в правому косому розмірі, мале тім'ячко - спереду і зліва, а щипці накладаються в лівому косому розмірі.

I момент - введення і розміщення ложок щипців. Акушер лівою рукою розводить статеву щілину жінки і чотири пальці правої напівруки вводить між голівкою і лівою половиною бічної стінки вагіни. Оператор лівою рукою бере рукоятку лівої «нерухомої» гілки щипців, вводить по правій напівруці в ліву половину тазу, дотримуючись задньої частини цієї половини. Ліва ложка після закінчення її введення відразу розміщується на бічній поверхні голівки, рукоятка цієї ложки стає криво, при цьому бічний відросток (гачок Буша) направлений вправо від роділлі і вгору, вперед. Рукоятку «нерухомої» гілки щипців передають асистенту. Потім приступають до введення правої ложки, яка для правильного обхвачування голівки повинна лягти у верхній (передній) правій половині тазу. Проте в цій області просторові співвідношення такі, що ліва напіврука і права ложка не можуть відразу ж пройти і розміститися у вузькому просторі між головною і кістками тазу, не пошкодивши череп плоду, сечовий міхур або симфіз. Тому праву ложку називають «рухомою», «блукаючою», «мігруючою». Для введення «блукаючої» ложки чотири пальці лівої напівруки вводять в задню частину вагіни, і після цього звичайним способом вводять дану ложку. Для того, щоб вона розмістилася у верхній правій половині тазу і ідеально захопила тім'яні горби голівки, необхідно примусити її «блукати». Для цього трохи опускають рукоятку, регулюючи рух ложки великим пальцем лівої руки, вимушують верхній кінець ложки ковзати по опуклій поверхні голівки вгору у напрямі лоба. Всі рухи правої ложки відбуваються поступово, без якого-небудь зусилля. В кінці міграції рукоятка правої ложки виявляється біля замку щипців, а її бічний бушевський гачок - повернений назад і вліво. Тепер ложки розташовані одна напроти іншої в лівому косому розмірі вузької частини малого тазу.

II момент - замикання щипців відбувається таким же чином, як при вихідних щипцях. Після замикання ложки щипців лягають біпаріетально, одна проти іншої в лівому косому розмірі тазу, а лінія, що проходить через гачки Буша, буде в перпендикулярному напрямі до стрілоподібного шва голівки плоду.

III момент - пробна тракція і IV момент - робочі тракції проводяться аналогічно вихідним щипцям, принципово міняється тільки напрям витягання голівки - вниз і на себе. Під час тракцій голівка самостійно обертається проти годинникової стрілки на 45° , при цьому стрілоподібний шов з правого косого розміру переходить в прямий розмір площини виходу з малого тазу. Поворот голівки відбувається відповідно до біомеханізму родів сам по собі, акушеру ж під час тракцій залишається тільки не затримувати його і, тим самим, сприяти обертанню голівки. Окрім цього руху, голівка одночасно опускається донизу і доходить до тазового дна. Далі тракції виконуються, як при вихідних акушерських щипцях, тобто горизонтально на себе до утворення точки фіксації між підпотиличною ямкою і нижнім краєм лобкового зчленування. Після цього проводиться витягування голівки вгору під кутом в 45° .

V момент — зняття щипців проводиться аналогічно, як при вихідних акушерських щипцях.

Техніка накладення порожнинних акушерських щипців при передньому виді, II позиції потиличного вставлення голівки плоду

При цьому виді і позиції потиличного передлежання голівка знаходиться у вузькій частині малого тазу, стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко зверху (спереду) і справа, а щипці накладаються в правому косому розмірі. Ця операція, як і попередня, складається з 5 моментів.

I момент - введення і розміщення ложок щипців. Оператор лівою рукою бере рукоятку лівої «блукаючої» гілки щипців і під контролем правої напівруки вводить в ліву нижню половину тазу матері. Для того, щоб вона розмістилася у верхній лівій половині тазу матері, рукоятку опускають трохи донизу і великим пальцем правої руки «блукаючу» ложку направляють по опуклій поверхні голівки вгору у напрямі симфізу. Після введення і

розміщення лівої ложки рукоятка стає криво, так, щоб гачок Буша був направлений вправо від роділлі і вгору (вперед). Акушер правою рукою бере рукоятку правої гілки щипців і під контролем лівої напівруки вводить в праву половину тазу матері. При цьому права «нерухома» ложка опиняється в замку щипців і її бічний відросток повертається криво назад і вліво.

II момент - замикання щипців проводиться аналогічно тому, як при першій позиції переднього виду потиличного вставлення плоду.

III момент - пробна тракція і IV момент - робочі тракції проводяться вниз і на себе, що викликає обертання голівки і щипців за годинниковою стрілкою на 45°. Внутрішній поворот голівки закінчується, коли вона опускається на тазове дно, а стрілоподібний шов стане в прямому розмірі площини виходу з малого тазу. Далі тракції виконуються як при вихідних акушерських щипцях - горизонтально на себе, до утворення точки фіксації «підпотилична ямка - нижній край лонного зчленування». Подальші тракції - на себе і вгору під кутом в 45° проводять як завжди.

V момент - зняття щипців виконується аналогічно, як при вихідних акушерських щипцях.

Труднощі при накладенні акушерських щипців і методи їх усунення

1. Неможливість ввести руку в піхву. Це ускладнення найчастіше пов'язане з напругою м'язів тазового дна і проходить після поглиблення стадії наркозу.
2. Неможливість ввести пальці руки достатньо глибоко у вагіну жінки. Ця трудність може бути обумовлена тим, що маса плоду перевищує 4000 г. У такому разі пальці руки потрібно вводити з боку крижового поглиблення і лише після цього піднімати до лона.
3. Неможливість ввести ложки достатньо глибоко. Це утруднення може виникати, коли ложка потрапила в складку вагіни, виступ сідничої кістки, екзостоз у області крижів або зведення. У таких випадках пальці руки, що знаходиться у вагіні, необхідно просунути далі, знайти перешкоду, обійти її і лише після цього просувати ложку під контролем пальців.
4. Утруднення замикання щипців. Це буває коли: 1) одна гілка щипців введена в піхву глибше за іншу - розташовану далі ложку необхідно потягнути назад, тоді гачки Буша будуть розташовані на одному рівні. Не допускається введення іншої гілки глибше без контролю пальців, оскільки це може привести до пошкодження стінок або склепінь піхви; 2) ложки перебувають в різних площинах - необхідно з'ясувати, яка гілка лежить правильно, ввести в протилежну частину піхви півруку і під її контролем змінити положення іншої ложки; 3) неправильне розміщення ложок щипців на голівці плода - необхідно їх зняти і знову правильно накласти.
5. Щипці замкнулися, проте рукоятки розходяться. Це буває:
 - 1) при масі плода більше 3800 г, щоб уникнути патологічного стиснення голівки ложками необхідно між рукоятками покласти серветку і пересувати їх до замку залежно від розмірів голівки;
 - 2) при розташуванні ложок на голівці не біпаріетально, а криво або в передньо-задньому розмірі, необхідно щипці розімкнути, витягнути спершу праву, а потім ліву гілки і під контролем рук знову ввести обидві ложки щипців; 3) ложки накладені недостатньо глибоко - необхідно зняти, знову ввести і розмістити гілки щипців на необхідну глибину.
6. Відсутність або утруднене просування голівки родовим каналом. Це буває коли:
 - 1) неправильний напрям тракцій - необхідно змінити напрям витягання голівки;
 - 2) гілки щипців введені в піхву таким чином, що верхівки ложок обернуті не догори, а до крижового поглиблення - необхідно їх зняти і знову правильно накласти;
 - 3) відсутність відповідності між розмірами голівки і тазу - щипці необхідно зняти і виконати інший спосіб розродження.
7. Зісковзування щипців з голівки буває:

- а) горизонтальним;
- б) вертикальним. Найчастіше зісковзування щипців з голівки обумовлене малими розмірами черепа плоду, неправильним накладенням щипців або напрямом тракцій.

Можливі ускладнення при використанні акушерських щипців

1. Травмування м'яких тканин родових шляхів роділлі.
2. Крововилив у мозок новонародженого.
3. Асфіксія новонародженого.
4. Ушкодження кісток черепа, очей, нервів, ключиць новонародженого

VIII. Основна література для опрацювання

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 512 с.
3. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Клінічний протокол з акушерської допомоги «Пологовий травматизм»
4. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.
5. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов / В поддержку Инициативы „Безопасное материнство”. Стратегия ВОЗ по обеспечению безопасной беременности / Редактор русского издания Могилевкина И.А. – Женева, 2002. – 303 с.
6. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Вдовиченко Ю.П. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. А.Я Сенчука. – Киев, 2006. – 362 с.
7. . Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007
8. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.
9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
10. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.
11. Лебедев В.И. Самоповороты плода и пособие при неправильных положениях// З турботою про жінку.— 2010 .— №8 (20). – С.35-37.
12. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Вдовиченко Ю.П. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. проф. А.Я. Сенчука. — Киев: Гидромакс, 2006. — 368 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував професор, доктор медичних наук кафедри акушерства і гінекології № 2 В. К. Ліхачов

02.02.2015

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 8 від 03.02. 2015 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__ р.