

ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Оказание специализированной медицинской помощи при влагалищных родах с применением акушерских щипцов.

Выполнила: клинический
ординатор 1-го года
обучения
Шешукова София
Михайловна

Оглавление:

1. Акушерские щипцы (АЩ)_____	3 слайд
2. Показания к операции наложения акушерских щипцов_____	4 слайд
3. Подготовка к операции_____	5 слайд
4. Техника проведения операции АЩ_____	6 слайд
5. Возможные акушерские ситуации_____	15 слайд
6. АЩ при операции кесарева сечения_____	24 слайд
7. Наложение щипцов на последующую головку при родах в тазовом предлежании (ШВ) (проводится в исключительных ситуациях)_____	25 слайд
8. Осложнения при операции наложения АЩ_____	26 слайд
9. Наложение АЩ считается неудачным при_____	28 слайд
10. Причинами неудач при операции наложения АЩ являются_____	29 слайд
11. Протокол операции АЩ_____	30 слайд
12. Заключение_____	31 слайд
13. Список используемой литература_____	32 слайд

Акушерские щипцы (АЩ):

В настоящее время в Российской Федерации наиболее распространены:

- модели акушерских щипцов Симпсона-Феноменова – короткие щипцы с тазовой кривизной и подвижным замком, расположенном на левой ложке, с перекрещивающимися рукоятками;
- щипцы средних размеров Киллянда, – имеют маленькую тазовую кривизну, подвижный замок на левой ложке и перекрещивающиеся рукоятки;
- в ряде медицинских организаций используются модели прямых щипцов, не имеющих тазовой кривизны, как с параллельными, так и перекрещивающимися ложками. Как правило, с очень подвижным замком. Эта модель АЩ имеет преимущество – их наложение не связано с учетом тазовой кривизны. Ложки щипцов и их рукоятки составляют прямую линию и легче соблюдать нужное направление тракций;
- с учётом возможного возникновения различных акушерских ситуаций, (острая гипоксия плода) целесообразно иметь в родовспомогательном учреждении специальные АЩ для недоношенных.

Показания к операции наложения акушерски: щипцов:

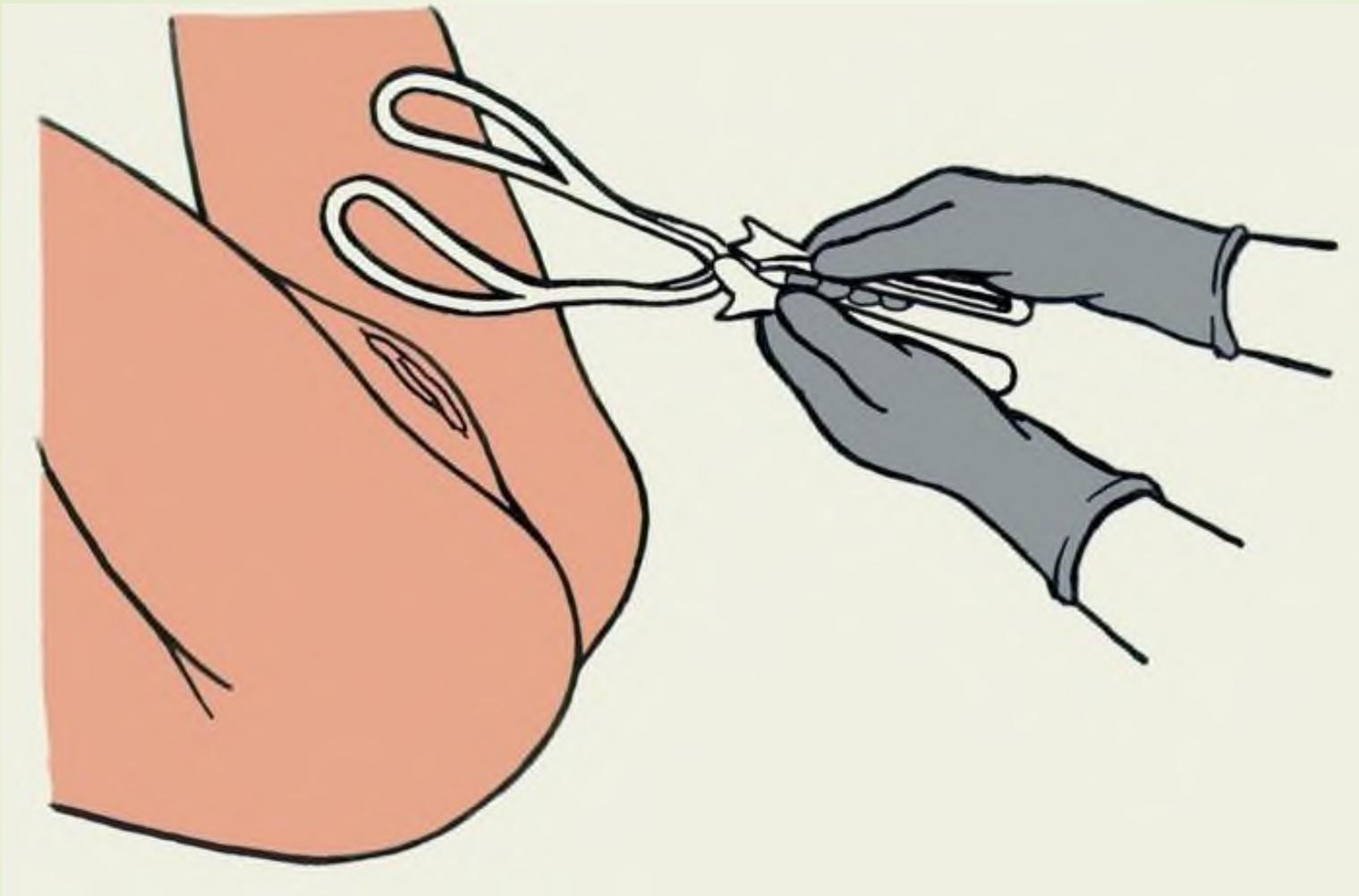
1. Острая асфиксия плода, либо прогрессирующая гипоксия плода при условии, что роды самопроизвольно в ближайшее время закончиться не могут.
2. Упорная вторичная слабость родовой деятельности, неподдающаяся консервативной терапии окситоцином. Во II периоде обычно головка плода проходит каждую плоскость малого таза не более чем за 30-40 минут у первородящих и 20-30 минут – у повторнородящих. Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным. Общая длительность 2 периода родов у первородящих не должна превышать 3 часа и 2 часа у повторнородящих.
3. Экстрагенитальная патология, при которой необходимо выключить потуги (по рекомендациям смежных специалистов: окулистов, неврологов, кардиологов и т.д.)
4. Эклампсия, если приступ произошёл при головке плода, находящейся в плоскости узкой части полости малого таза и ниже.
5. Кровотечение во 2 периоде родов при благоприятном расположении головки плода в тазу матери и необходимости быстрого завершения родов.
6. Высокая температура у матери (выше 38 градусов Цельсия при хорионамнионите и при затяжных родах, если лечение гипертермии неэффективно).
7. Затруднённое рождение головки при родах в тазовом предлежании.
8. Отказ пациентки тужиться. Обезболивание Операцию АЩ возможно проводить под: 1) Общей внутривенной анестезией (на самостоятельном дыхании). 2) Общей анестезией с интубацией трахеи (при состояниях, угрожающих жизни роженицы). 3) Регионарной анестезией. 4) Пудендальной анестезией (при нахождении головки ниже узкой части).

Подготовка к операции:

- 1) Письменное добровольное информированное согласие пациентки.
- 2) Опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки (если позволяет время).
- 3) Соблюдение асептических условий.
- 4) Положение роженицы на спине с приподнятым головным концом, который образует с тазом прямой угол, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, колени широко разведены в стороны.
- 5) Перед началом операции необходимо еще раз уточнить:
 - характер вставления головки плода;
 - высоту нахождения головки в малом тазу (по расположению большого сегмента головки);
 - проводную точку и конфигурацию головки плода, размеры родовой опухоли при ее наличии;
 - уточнить особенности таза роженицы ниже плоскости расположения головки плода.
- 6) Вопрос о целесообразности проведения эпизиотомии роженицей или врачом (если не роженицей) в зависимости от необходимости рутинной эпизиотомии отсутствуют (уровень доказательности B) + (I-1E) [3, 6].
- 7) Также нет данных о целесообразности проведения антибиотикопрофилактики (уровень доказательности A)

Техника проведения операции АЩ:

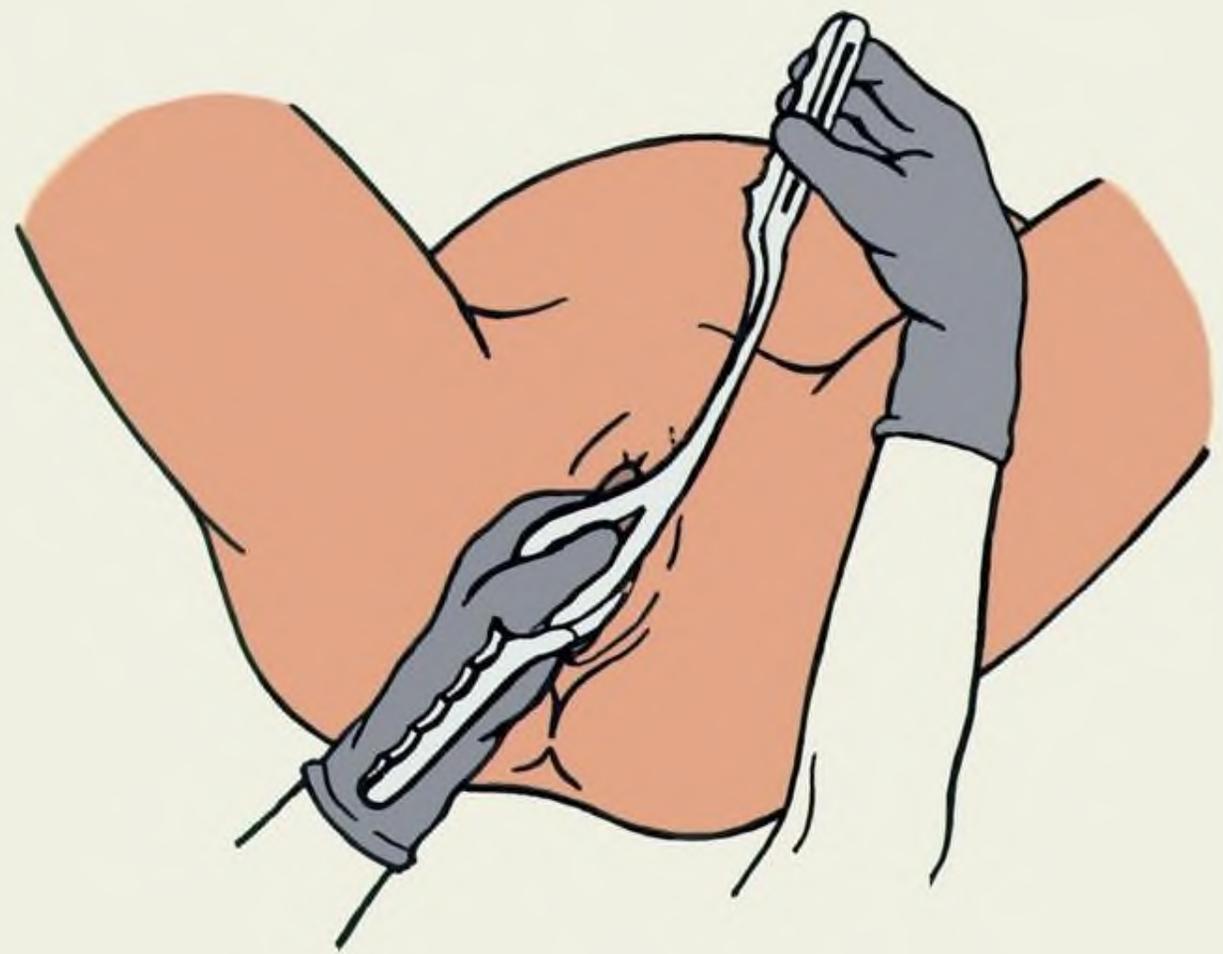
- 1) Уточнение акушерской ситуации.
- 2) Складывание ложек щипцов.
- 3) Введение ложек щипцов.
- 4) Замыкание замка.
- 5) Пробная тракция.
- 6) Тракции. Направление всех тракций указывается по отношению к вертикально стоящей женщине.
- 7) Снятие щипцов.



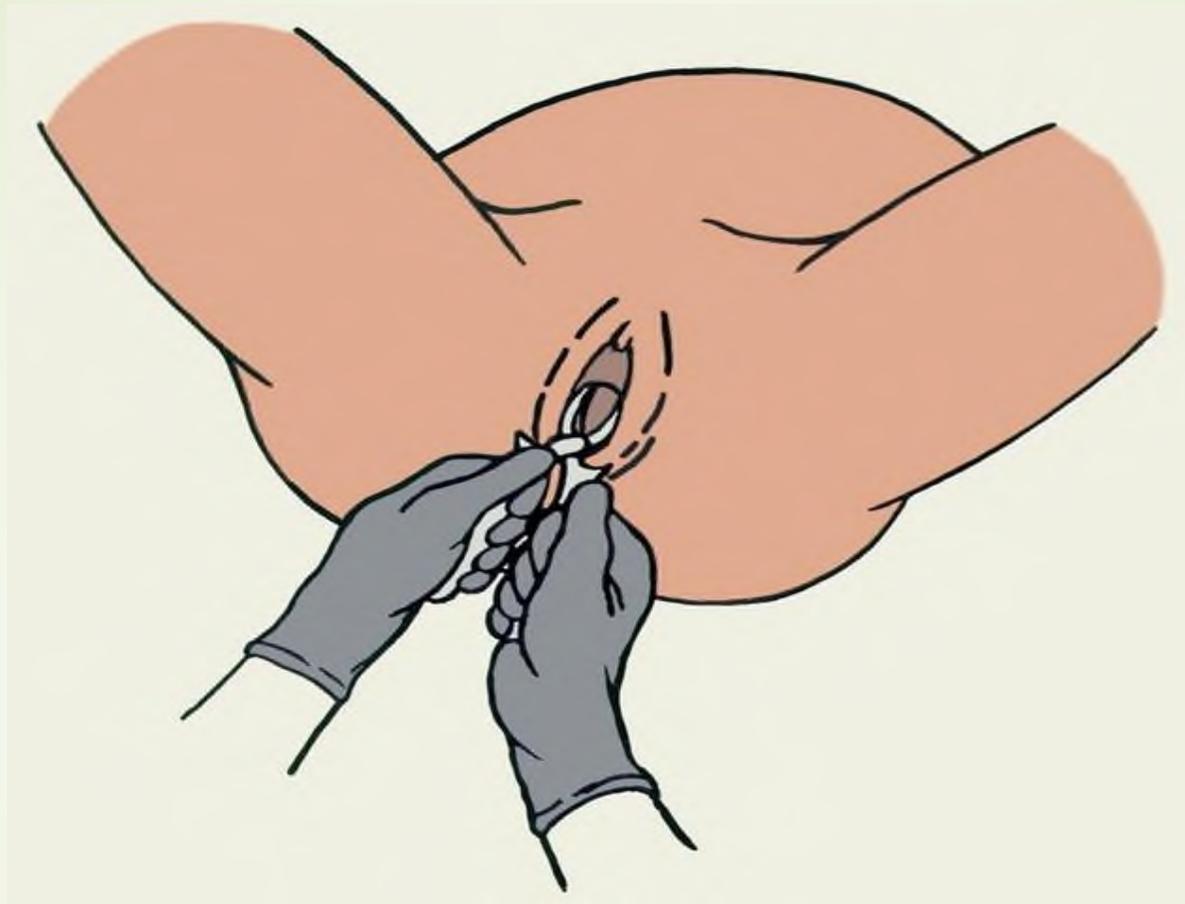
- ▶ Щипцы в сложенном виде перед наложением (в левой руке - левая ложка, в правой - правая).



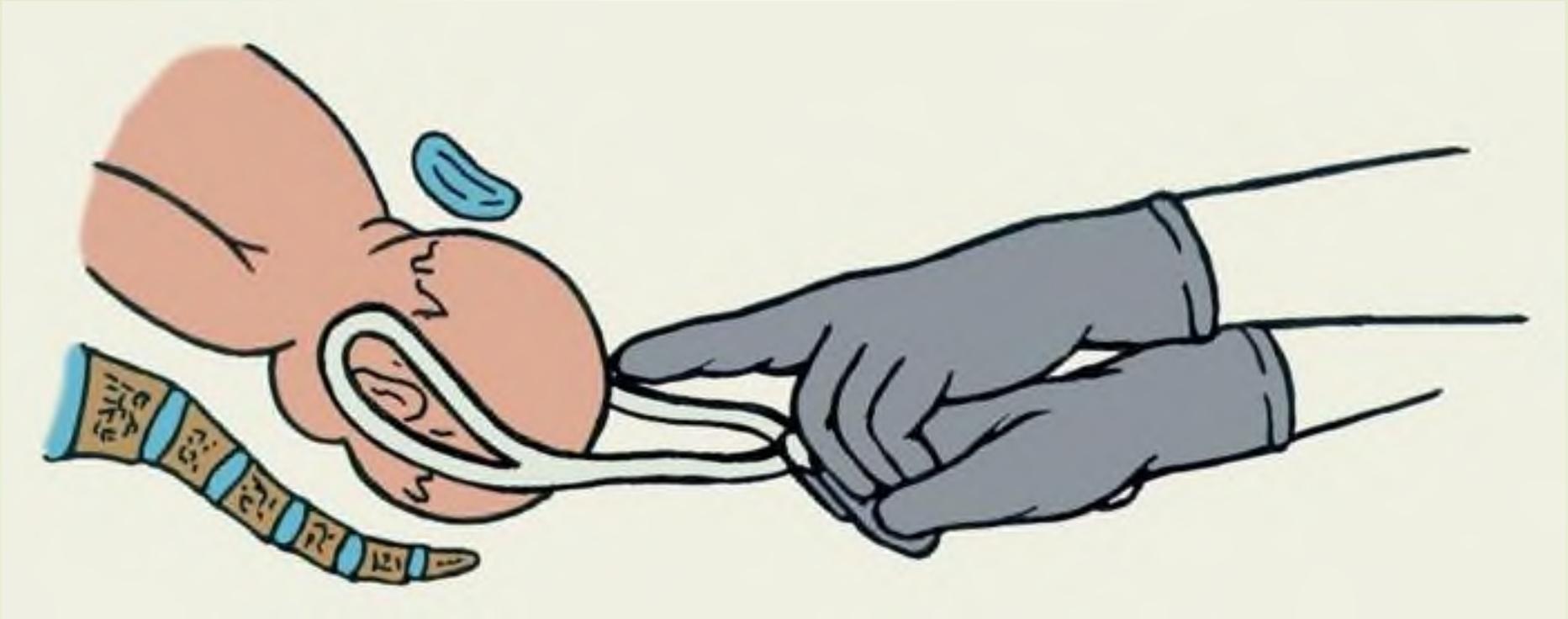
- Основные этапы наложения выходных щипцов: введение левой ложки.



- Основные этапы наложения выходных щипцов: введение правой ложки.



- Основные этапы наложения выходных щипцов: замыкание щипцов.



- Основные этапы наложения выходных щипцов: схематическое изображение пробной тракции.



- Основные этапы наложения выходных щипцов: захват рукояток щипцов при тракциях.

«Золотым стандартом» для наложения АП в
русскоязычной литературе являются три тройных
правила:

1. Тройное правило № 1: «Три слева – три справа». Левая ложка щипцов вводится левой рукой в левую сторону таза, правая ложка – правой рукой в правую сторону;
2. Тройное правило № 2. Относится к введению и расположению щипцов. 1) Введенные ложки щипцов должны быть направлены вверх, в сторону проводной точки; 2) Ложки должны лежать бипариетально, захватить головку по наибольшей периферии, заходя за теменные бугры; 3) Проводная точка и ось головки лежат в плоскости замковой части щипцов.
3. Тройное правило № 3. «Три позиции – три тракции». Помогает определить направление тракций. При головке плода, находящейся в широкой части полости таза, тракции направлены кзади, вниз и кпереди; в узкой части – вниз и кпереди, в выходе – кпереди».

4. Если ветви щипцов сомкнулись в замок без затруднений, следует проверить правильность наложения ложек щипцов следующими способами:

- малый родничок должен находиться на середине между ложками щипцов;
- малый родничок должен находиться на расстоянии 1,5 см от поверхности щипцов в области замка. В противном случае тракции приведут к разгибанию головки;
- стреловидный шов должен находиться перпендикулярно замку щипцов.

5. После замыкания ложек АЩ необходимо провести пробную тракцию: рабочей рукой захватывают рукоятки щипцов, противоположной рукой фиксируют их, указательный палец левой руки касается головки плода, если во время тракции данное положение сохраняется, то АЩ наложены правильно.

6. Направление тракций:

- при головке плода, находящейся в широкой или узкой частях полости малого таза, тракции осуществляются по направлению кзади.
- если головка плода находится в полости таза, когда диаметр большого сегмента головки находится между плоскостью узкой части полости малого таза и плоскостью выхода, то тракции направляют книзу
- при нахождении головки в выходе малого таза, когда диаметр большого сегмента головки находится на уровне плоскости прямого размера выхода малого таза – тракции направляют кпереди при переднем виде затылочного вставления и кзади при заднем виде и переднеголовном.;

При затылочном вставлении, когда головка плода находится большим сегментом в широкой части полости малого таза, тракции кзади осуществляют до тех пор, пока большой сегмент головки плода не достигнет уровня прямого размера узкой части малого таза (пальпация вершушек седалищных остей невозможна). Тракции книзу проводят до тех пор, пока точка фиксации – подзатылочная ямка не окажется на уровне нижнего края симфиза (от проводной точки расстояние примерно 7см по головке плода)⁴. При дальнейших тракциях кпереди – головка начнёт разгибаться и врезываться. Если состояние плода удовлетворительное, тракции проводятся в режиме потуг, длительностью по 30-60 секунд с интервалом 1,5-2 минуты, операция длится от 3 до 8 минут, чтобы ткани родового канала успели растянуться при поступательном движении головки, а тело плода совершить повороты, характерные для биомеханизма родов. При страдании плода операция проводится по возможности максимально быстро. Ложки АЦ снимают после рождения головки плода. Далее роды заканчиваются обычными акушерскими приемами.

Возможные акушерские ситуации:

Зависят от высоты стояния головки плода в тазу матери (плоскость выхода – выходные АЩ, в полости малого таза – полостные АЩ),
вида, позиции:

Затылочное предлежание в плоскости выхода малого таза, передний вид:

- Положение швов и родничков: Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под лоном, ниже большого. Проводная точка – малый родничок.
- Анатомические ориентиры таза матери: не определяются. Наложение АЩ и тракции: Щипцы накладываются в поперечном размере, ложки щипцов проходят перед ушками к подбородку (верхушки ложек), захватывая скуловые кости. Тракции книзу проводят до тех пор, пока точка фиксации – подзатылочная ямка – не подойдёт под нижний край симфиза, затем – кпереди.

Затылочное предлежание в плоскости выхода малого таза, задний вид:

Положение швов и родничков: Стреловидный шов в прямом размере, под лоном – большой родничок, малый родничок – кзади к крестцу. Проводная точка – середина между большим и малым родничком, либо задний край большого родничка. Анатомические ориентиры таза матери: спереди-нижний край лона, сзади-крестцово-копчиковое сочленение, с боков-медиальные поверхности седалищных бугров. Наложение АШ и тракции: Щипцы накладываются также, как и при переднем виде. Но, учитывая задний вид, ложки щипцов опускаются книзу. Тракции: Наиболее рациональной методикой извлечения головки при стоянии ее затылком кзади, является техника, описанная А.В. Ланковицем [8]: Задачей операции при заднем виде должно быть, как и всегда, подражание естественному механизму рождения плода. В связи с этим, ложки щипцов должны быть опущены перед замыканием ветвей, чтобы рукоятки были обращены к малому родничку. Влечениями вниз и несколько кзади под симфиз подводят область большого родничка. Следующими влечениями, направленными кпереди, выводят затылок из-под промежности; затем влечения направляются кзади и из-под симфиза рождаются темя, лоб, лицо.

Головка плода находится в плоскости узкой части полости малого таза, первая позиция, передний вид.

Положение швов и родничков: Стреловидный шов находится в правом косом размере, малый родничок слева у лона, большой – справа у крестца, выше малого. Проводная точка располагается на стреловидном шве (синклитическое вставление) на границе между средней и задней третями расстояния между малым и большим родничками. Анатомические ориентиры таза матери: при пальпации определяются: спереди – нижняя и задняя поверхность лонного сочленения (примерно четверть), сзади – крестцово-копчиковое сочленение и часть тела 5-го крестцового позвонка, с боков – иногда верхушки седалищных остей. При такой акушерской ситуации диаметром большого сегмента является малый косой размер, точкой фиксации -подзатылочная ямка. Наложение АШ и тракции: Щипцы накладываются в левом косом размере. Первой вводится левая ложка щипцов по боковой задней стенке таза, затем в правую стенку таза вводится правая ложка щипцов, которая затем по периферии головки внутренней левой рукой переводится впереди до положения, позволяющего замкнуть замок щипцов, рукоятка правой ложки щипцов располагается выше левой (по отношению к лежащей женщине), плоскость наложения щипцов перпендикулярна плоскости стреловидного шва.

Тракции проводят кзади, что обеспечивает поступательное движение головки плода по родовым путям, поворот стреловидного шва против часовой стрелки, малый родничок подходит под лонную дугу далее книзу до достижения точки фиксации подзатылочной ямки, затем – кпереди, головка разгибается.

Головка плода находится в плоскости узкой части полости малого таза, вторая позиция, передний вид

Положение швов и родничков: Стреловидный шов находится в левом косом размере, малый родничок справа у лона, большой – слева у крестца, выше малого, далее – всё как при первой позиции. Наложение АШ и тракции: Щипцы накладываются в правом косом размере. Первой вводится левая ложка в левую половину таза и переводится в передне-боковой отдел таза по периферии головки до положения, позволяющего замкнуть замок щипцов (щипцы будут располагаться в косом размере, перпендикулярном тому, в котором расположен стреловидный шов. Затем правой рукой в правую половину таза по боковой задней стенке, где более просторно и свободно вводится правая ложка; при этом рукоятка левой ложки располагается ниже, плоскость щипцов перпендикулярна плоскости стреловидного шва. Тракции проводят кзади, стреловидный шов головки поворачивается по часовой стрелке, малый родничок подходит под лонную дугу затем книзу, потом кпереди.

Наложение окципитальных шипцов при поперечном стоянии стреловидного шва в плоскости выхода малого таза, первая позиция

Положение швов и родничков: Стреловидный шов находится в поперечном размере выхода малого таза, малый родничок слева, большой справа, проводная точка – середина между малым и большим родничком. Диаметр большого сегмента головки – средний косой размер. Анатомические ориентиры таза матери: При пальпации определяются: спереди нижний край и задняя поверхность лонного сочленения, сзади крестцово-копчиковое сочленение и поверхность тела 5-го крестцового позвонка, с боков медиальные поверхности седалищных бугров, седалищные ости не достигаются. Наложение АШ и тракции: Щипцы с тазовой кривизной для выполнения операции неудобны, лучше использовать щипцы Килланда с незначительной тазовой кривизной, либо прямые щипцы. Щипцы накладывают в левом косом размере, левая ложка лежит слева сзади, в области крестцово-подвздошного сочленения, она вводится первой сразу на место. Вторая ложка вводится в правый задний отдел таза матери, затем правой рукой переводится по периферии головки вправо и вперед до положения, позволяющего замкнуть замок щипцов. Левая ложка щипцов лежит в височно-скуловой области головки плода ближе к ушной раковине, правая ложка щипцов лежит в височно-скуловой области ближе к глазной щели, ложки щипцов через проводную точку направляются в сторону подбородка плода. Во время тракций книзу имеет место поступательное движение головки плода по родовым путям и поворот стреловидного шва против часовой стрелки, малый родничок подходит под лонное сочленение; при подведении под лоно затылочного бугра направление тракций – кпереди, головка разгибается и прорезывается через мягкие ткани средним косым размером или прямым размером.

Поперечное стояние стреловидного шва в плоскости выхода малого таза, вторая позиция

Положение швов и родничков: Стреловидный шов находится в поперечном размере выхода малого таза, малый родничок справа, большой слева, проводная точка находится на стреловидном шве, на границе средней и задней трети между малым и большим родничками. Головка плода согнута, диаметр большого сегмента головки – средний косой размер.

Анатомические ориентиры таза матери: При пальпации определяются те же ориентиры, что и при первой позиции (см выше).

Наложение АШ и тракции: Первой вводится левая ложка в левое заднее пространство малого таза и левой рукой по периферии головки переводится кпереди до медиального края левого запирающего отверстия, чтобы крючок Буша совпал с правым косым размером, правая ложка вводится второй сразу в правое заднее пространство малого таза, её рукоятка находится поверх рукоятки левой ложки щипцов, чтобы замок щипцов замкнулся. Левая ложка щипцов проходит через проводную точку головки плода в височно-скуловую область по направлению к подбородку плода и располагается ближе к левой глазной щели, а правая ложка располагается ближе к ушной раковине плода (правой). Тракции проводятся аналогично таковым в первой позиции (см выше), поворот стреловидного шва происходит по часовой стрелке по мере продвижения головки плода по родовым путям. При подведении под лоно подзатылочного бугра тракций проводятся кпереди и головка разгибается, и прорезывается через мягкие ткани средним косым размером

Лицевое предлежание – затыльный вил (полбородок плода кпереди). головка плода в плоскости Выхода малого таза

Положение опознавательных точек: Проводная точка – подбородок, диаметр большого сегмента – вертикальный размер головки. Лицевая линия находится в прямом размере выхода малого таза.

Анатомические ориентиры таза матери: При пальпации определяются: спереди нижний край и часть задней поверхности лонного сочленения, сзади ничего, с боков медиальные поверхности седалищных бугров.

Наложение АШ и тракции: Первой вводится левая ложка в левую половину малого таза левой рукой, второй вводится правая ложка в правую половину таза правой рукой. Щипцы накладываются в поперечном размере плоскости выхода малого таза, верхушки ложек направлены в сторону затылка за теменные бугры, ложки лежат на скуловых и височных костях между ушными раковинами и глазными щелями головки плода, подбородок плода лежит в плоскости щипцов, для этого рукоятки щипцов приподнимают кверху, проводится замыкание ложек щипцов. Тракции проводятся книзу, пока шея не подойдёт под симфиз, затем кпереди, пока не родится головка плода.

Переднеголовное вставление. Головка плода в плоскости выхода малого таза.

Положение опознавательных точек: Проводная точка – задний край большого родничка, диаметр большого сегмента – прямой размер головки. Наложение АШ и тракции: как при заднем виде затылочного вставления.

АЩ при операции кесарева сечения:

Проводится для удобства извлечения головки плода при невыгодном ее расположении по отношению к разрезу на матке. Могут использоваться одна или обе ложки АЩ. При головке плода, располагающейся низко, вводится ложка АЩ, одноименная позиции головки плода (в соответствии виду вставления), прилегающей к задней поверхности матки, и движением кпереди вместе с давлением на дно матки через переднюю брюшную стенку головка плода выводится через разрез матки и передней брюшной стенки. При головке плода, находящейся выше уровня разреза матки, следует использовать щипцы Киллянда или прямые щипцы с более подвижным замком. Ложки АЩ накладываются на височно-скуловые области головки плода по направлению от затылка к подбородку перед ушными раковинами, при этом ассистент фиксирует подвижную головку плода, щипцы замыкаются в замке, головка плода подводится к области разреза на матке и выводится через разрез на матке и передней брюшной стенке.

Наложение щипцов на последнюю головку при родах в тазовом предлежании (ПР) (проводится в исключительных ситуациях):

Показания:

- 1) неэффективность ручных приемов извлечения головки (Морисо-Левре и др).
Техника: 1) обернуть тельце ребенка пеленкой;
- 2) ложки щипцов располагают в поперечном размере. Ложки вводят как и при затылочных предлежаниях выходных щипцов;
- 3) при введении левой ложки, тельце ребенка отводят вправо, при введении правой – наоборот;
- 4) при переднем виде – тракции кзади и книзу (пока не образуется точка фиксации под лоном), потом кпереди.

Осложнения при операции наложения АЩ:

1. Вертикальное и горизонтальное соскальзывание ложек щипцов.
2. Повреждение мягких тканей родового канала и смежных органов: шейки матки, влагалища, промежности, прямой кишки, мочевого пузыря. Возможен разрыв матки.
3. Разрыв лонного сочленения.
4. Повреждения у плода: ссадины мягких тканей головки плода, кефалогематомы, подапоневротическая гематома, перелом костей черепа, повреждения лицевого нерва.
5. Дистоция плечиков.
6. Нарушения мочеиспускания у роженицы.

Контроль диуреза в послеоперационный период после операции акушерских щипцов при влагалищных родах обязателен (особенно у женщин с регионарной анестезией).

При задержке мочеиспускания (атония мочевого пузыря) – контроль диуреза и остаточной мочи с последующим медикаментозным и физиотерапевтическим лечением (уровень доказательности 2).

Наложение АЩ считается неудачным при:

1. Головка плода при каждой тракции не продвигается вперед.
2. Плод не рождается после трех тракции при отсутствии его опускания или спустя 30 минут от начала операции. Не продолжайте процедуру, если нет опускания при каждой тракции.
3. Каждое наложение щипцов следует рассматривать как попытку.
4. Если не удастся произвести родоразрешение наложением щипцов, необходимо провести кесарево сечение. Симфизотомия не является выходом из ситуации.

Причинами неудач при операции наложения АЩ являются:

1. Нераспознанное выраженное клиническое несоответствие размеров таза матери и головки плода.
2. Неправильное определение характера вставления головки плода и высоты её положения в малом тазу.
3. Неверное расположение ложек на головке плода.
4. Неправильное направление тракций при выполнении операции.
5. Тракции при незамкнутом замке щипцов.

Протокол операции АЩ:

- ▶ Дата операции _____
- ▶ Время операции: начало _____ окончание _____
- ▶ Показания: _____
- ▶ Условия: _____
- ▶ Обезболивание (подчеркнуть): инфильтрационная анестезия, перидуральная анестезия, спинальная анестезия, внутривенный наркоз, общая анестезия с ИВЛ.
- ▶ Ход операции: в асептических условиях на головку плода, находящуюся в плоскости узкой/ выхода/ полости малого таза, определены анатомические ориентиры. Согласно трём тройным правилам наложены ложки щипцов модели Симпсона-Феноменова/Киллянда/прямых щипцов. После замыкания замка щипцов и проведения пробной тракции, тракциями непрерывными/в режиме потуг; небольшой/средней/значительной силы; без затруднений/с затруднениями; кзади, книзу, кпереди головка плода проведена плоскостью большого сегмента через мягкие ткани промежности.
- ▶ Выполнена правосторонняя медиолатеральная эпизиотомия/перинеотомия. Ложки щипцов сняты и головка плода выведена ручными приёмами В ____ час ____ мин родилась/ся живая/ой, доношенная/ый, недоношенная/ый девочка/мальчик без видимых пороков развития, весом _____ г, ростом _____ см.
- ▶ Пуповина пересечена между двумя зажимами.
- ▶ Оценка по шкале Апгар на 1 минуте ____ баллов, на 5 минуте ____ баллов.
- ▶ Следы от ложек АЩ расположены на _____
- ▶ Ребенок передан неонатологу.
- ▶ Профилактика кровотечения: _____
- ▶ Дополнительные особенности операции: _____
- ▶ Хирург:
- ▶ Ассистент:
- ▶ Акушерка:
- ▶ Анестезиолог:

Заключение:

Основной принцип перинатального акушерства заключается в обеспечении здоровья матери, плода и новорожденного.

Наложение акушерских щипцов, несомненно, было и является «вершиной» акушерского искусства и должно применяться по строгим показаниям. Более «демократичная» вакуум-экстракция не сможет заменить щипцы полностью, но при наличии соответствующих условий все же следует сделать выбор в ее пользу, уделив особое внимание противопоказаниям. Но в случае неудачи данного способа инструментального родоразрешения необходимо вовремя отказаться от продолжения попыток и форсирования окончания родов влагалищным путем во избежание перинатального материнского и фетального травматизма и перинатальных потерь.

Можно утверждать, что акушерские щипцы, самая сложная родоразрешающая операция, является индикатором мастерства и квалификации акушера-гинеколога.

Использование данного метода расширяет возможности оперативного родоразрешения через естественные родовые пути и, при правильной технике наложения, является безопасным для матери и плода.

Список используемой литературы:

1. Протокол «Оказание медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде. М, 2014
2. В.Е. Радзинский. Акушерская агрессия v. 2.0 / Москва: Status Praesens, 2017. – стр. 53-59.
3. <http://med.niv.ru/doc/encyclopedia/medicine/articles/238/akusherskie-schipcy.htm>
4. Протокол «Оказание специализированной медицинской помощи при оперативных влагалищных родах при наличии живого плода (с помощью акушерских щипцов или с применением вакуум-экстрактора или родоразрешение с использованием другого акушерского пособия)» М.,2017 г
5. <http://moniiag.ru/wp-content/uploads/2018/03/Okazanie-spetsializirovannoj-meditainskoj-pomoshhi-pri-operativnyh-vlagalishhnyh-rodah-pri-nalichii-zhivogo-ploda.pdf>

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

