



Проект «Учения» | Курс
Дистанционное обучение

Акушерская техника





Введение

Данное пособие предназначено для **быстрого** и **краткого** ознакомления с курсом акушерства: основной терминологией, алгоритмами нормальных родов, некоторыми неотложными состояниями. После него вы не сможете работать акушером и не сможете лучше всех выступить на олимпиадах. Однако, при изучении возможно освежить знания, выяснить пробелы и устранить их.





Определение

Физиологические роды – это роды одним плодом, которые начались спонтанно, протекали без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Нормальные роды – это роды одним плодом в сроке 37 нед 1 день – 41 нед беременности, которые начались спонтанно, имели низкий риск осложнений к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии, использование спазмолитиков, проведение аналгезии. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.



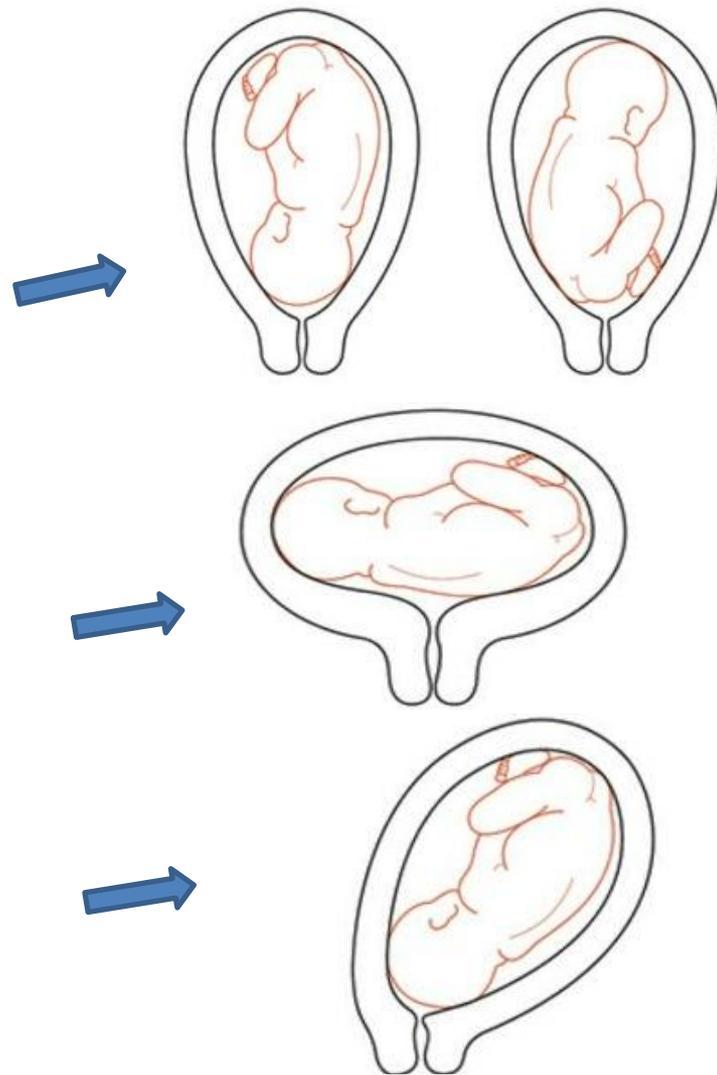
Базовые понятия



Положение плода (*situs*) - отношение продольной оси плода к продольной оси (длиннику) матки.

Различают следующие положения плода:

- продольное (*situs longitudinalis*) - продольная ось плода (линия, проходящая от затылка до ягодиц) и продольная ось матки совпадают;
- поперечное (*situs transversus*) - продольная ось плода пересекает продольную ось матки под углом, близким к прямому;
- косое (*situs obliquus*) - продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол.





Базовые понятия



Предлежание плода (praesentatio) - отношение крупной части плода (головки или ягодиц) ко входу в малый таз. Если над входом в таз находится головка плода - *предлежание головное*, если тазовый конец, то *предлежание тазовое*. При поперечном и косом положениях плода позиция определяется не по спинке, а по головке: головка слева - первая позиция, справа - вторая позиция.

Предлежащей частью (pars praevia) называется наиболее низко расположенная часть плода, которая первой проходит через родовые пути.

Головное предлежание бывает затылочным, переднеголовным, лобным, лицевым. Типичным является затылочное предлежание (сгибательный тип). При переднеголовном, лобном и лицевом предлежаниях головка находится в разгибании различной степени.

Тазовое предлежание включает в себя чисто ягодичное (неполное), смешанное ягодично-ножное (полное) и ножное.



Переднеголовное



Лобное



Лицевое



Тазовое
(ягодичное)



Поперечное
(косое, плечевое)



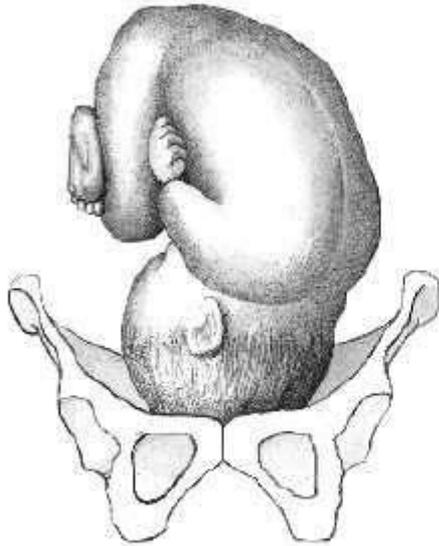
Базовые понятия



Позиция плода (positio) - отношение спинки плода к правой или левой стороне матки. Различают первую и вторую позиции.

При *первой позиции* спинка плода обращена к левой стороне матки, при *второй* - к правой. Спинка плода не только обращена вправо или влево, но и несколько повернута кпереди или кзади, в зависимости от чего различают вид позиции.

Вид позиции (visus) - отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди - *передний вид позиции*, если кзади - о *задний вид*.



первая позиция, передний вид



первая позиция, задний вид



Первый период родов



Первый период – развитие и продолжение регулярной сократительной деятельности матки, раскрытие шейки матки, включающее в себя

1) Латентную фазу – регулярная родовая деятельность, которая приводит к прогрессивному сглаживанию шейки матки и открытию маточного зева до 3-4 см (у первородящих) и 4-5 см – у повторнородящих. Длина шейки матки должна быть менее 1 см;

2) Активную фазу родов – дилатация маточного зева до 8 см открытия;

3) Фаза замедления (от 8 см до полного раскрытия маточного зева).

Особенности ведения латентной фазы:

1) Не рекомендуется вмешательство (амниотомия, использование утеротоников) до начала активной фазы;

2) Мониторинг прогрессии родов в виде партограммы обязателен:

- в латентную фазу родов частота влагалищных исследований у первородящих должна быть минимальной - 1 раз в 6 часов, у повторнородящих – 1 раз в 4 часа;
- в активную фазу родов частота влагалищных исследований - каждые 2 часа;
- излитие околоплодных вод, оценка акушерской ситуации перед- и после обезболивания – дополнительные показания к влагалищному исследованию.



Параллельно наблюдению за состоянием матери проводится мониторинг сердечной деятельности плода:

1) КТГ (продолжительная прерывная) плода в родах обязательно (при поступлении, излитии околоплодных вод, перед- и после обезболивания и мониторинг сократительной деятельности матки обязательны). Непрерывная КТГ плода в родах проводится по показаниям со стороны плода;

2) Выслушивание сердцебиения плода в I периоде родов при отсутствии КТГ – каждые 30 мин;

3) Выслушивание сердцебиения плода можно производить обычным акушерским стетоскопом, ручным доплеровским прибором или при помощи прибора КТГ с обязательной записью в соответствующую часть партограммы;

4) УЗИ плода (при необходимости).

Критерии нормальной КТГ:

- Базальный ритм в пределах 120 – 160 уд/мин;
- Амплитуда variability базального ритма 5 – 25 уд/мин;
- Регистрация 5 и более variability спорадических акцелераций за 30 мин;
- Децелерации отсутствуют или отмечаются ранние спорадические, неглубокие и очень короткие.

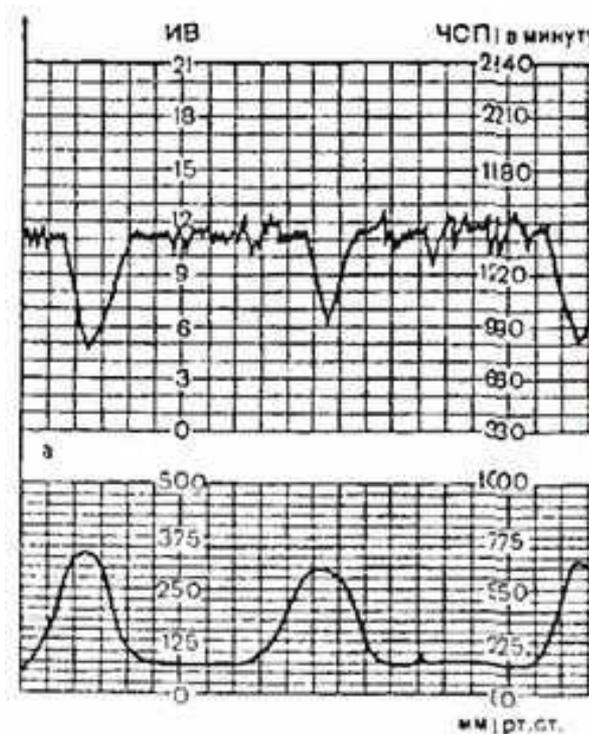


Выделяют 4 типа децелераций



Dip 0 - возникают в ответ на сокращение матки, реже спорадически, продолжаются 20 – 30 с и имеют амплитуду 30 ударов в минуту и более. Во втором периоде родов диагностического значения не имеют.

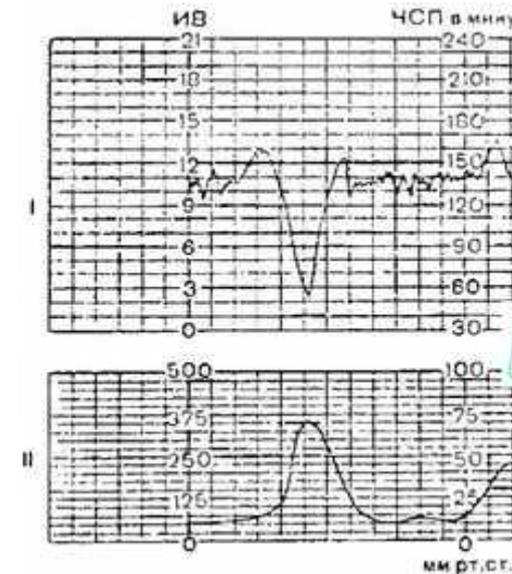
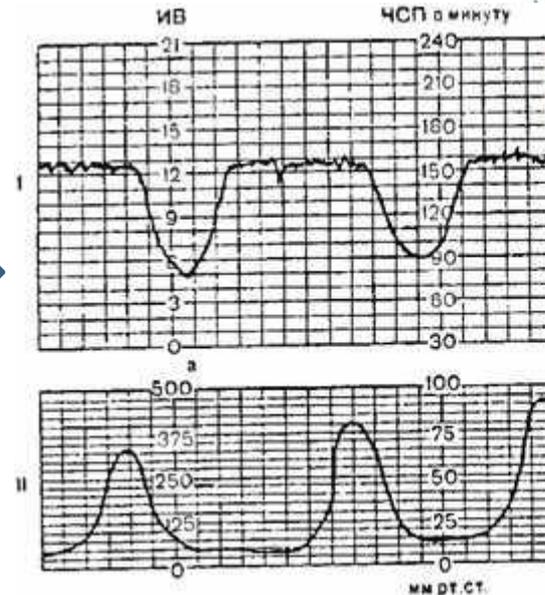
Dip I - (ранняя или V-образная децелерация) является рефлекторной реакцией сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сдавление головки плода или пуповины во время схватки. Ранняя децелерация начинается одновременно со схваткой или с запаздыванием до 30 с и имеет постепенное начало и окончание. Длительность и амплитуда децелерации соответствует длительности и интенсивности схватки.





р II - (поздняя или U-образная децелерация) является признаком нарушения маточно-плацентарного кровообращения и прогрессирующей гипоксии плода. Поздняя децелерация возникает после пика маточных сокращений и достигает самой нижней точки через 20 – 30 с. Общая продолжительность децелерации обычно составляет более 1 минуты. Различают три степени тяжести децелерации: легкую (урезание до 15 в мин), среднюю (16 – 45 ударов в мин), тяжелую (более 45 ударов в мин).

Dip III – переменная децелерация обусловлена быстрым сдавлением сосудов пуповины, что вызывает внезапную гипертензию и вагусный ответ на раздражение барорецепторов – брадикардия. Тяжесть переменных децелераций зависит от амплитуды: легкие – до 60 ударов в минуту, средней тяжести – от 61 до 80 ударов в минуту, тяжелые – более 80





Положение роженицы

- В первом периоде родов роженица может выбрать любое удобное для себя положение.
- Может сидеть, ходить в течение непродолжительного времени, стоять.
- Вставать и ходить можно как до излития вод, так и при излившихся водах, но при условии плотно фиксированной предлежащей части плода во входе малого таза.
- В кровати оптимальным является положение роженицы на том боку, где расположена спинка плода.
- В этом положении не снижается частота и интенсивность схваток, базальный тонус матки сохраняет нормальные значения.



Прием воды и пищи в родах



- Во время физиологических/нормальных родов женщине из группы низкого риска осложнений разрешено пить воду небольшими порциями, небольшое количество легкой пищи (печенье, шоколад, легкий бульон) можно позволить только в начале латентной фазы первого периода родов.
- Начиная с активной фазы первого периода родов кормить роженицу нежелательно, так как иногда может потребоваться оперативное вмешательство под наркозом, во время которого может возникнуть опасность аспирации желудочного содержимого и острого нарушения дыхания.
- Возникновению данного синдрома способствует расслабление пищеводно-желудочного сфинктера в связи с действием прогестерона, высоким стоянием диафрагмы, повышением внутрибрюшного давления, снижением кашлевого рефлекса. *Профилактикой* данного осложнения является применение антацидных средств перед и обязательное опорожнение желудка перед проведением наркоза, если прием пищи был менее чем за 5–6 ч до операции.



Проведение медикаментозной терапии в родах



Назначение медикаментозных препаратов (спазмолитики, обезболивающие, утеротонические препараты) не проводится рутинно, а осуществляется по мере появления показаний. Для исключения повторных венопункций и обеспечения срочной внутривенной инфузии при возникновении экстренной ситуации устанавливается постоянный внутривенный катетер.

В родах не рекомендуется:

- 1) родостимуляция посредством амниотомии и окситоцина;
- 2) рутинная амниотомия при открытии маточного зева менее 7 см. Показанием для амниотомии может являться только внутренний мониторинг плода (прямая ЭКГ плода). Необходимость медикаментозного усиления маточных сокращений в активную фазу I периода нормальных родов отсутствует. В связи с чем, от рутинного использования утеротоников для ускорения родов следует воздержаться;
- 3) заставлять пациентку тужиться раньше того времени, пока она сама не пожалуется на чувство сильного давления на задний проход.



Необходимые манипуляции при ведении первого периода родов



- 1) Оценка общего состояния, жалоб, степени болевых ощущений, наличия головокружения, головной боли, нарушений зрения и др.
- 2) Измерение пульса и АД на периферических артериях не реже 1 раза в час.
- 3) Измерение температуры тела не реже 1 раза в 4 ч.
- 4) Оценка мочевыделительной функции и состояния мочевого пузыря (мочеиспускание не реже 1 раза в 4 ч, при отсутствии самостоятельного мочеиспускания – выведение мочи катетером, количество, цвет мочи, примесь крови).
- 5) Оценка сократительной активности матки – тонус, частота, продолжительность, сила, болезненность – не реже 1 раза в 2 ч.
- 6) Определение высоты стояния предлежащей части плода не реже 1 раза в 2 ч.
- 7) КТГ плода при поступлении в течение 40 мин – 1 ч, далее в прерывистом режиме по 20–30 мин, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см.
- 8) При отсутствии КТГ сердцебиение плода выслушивается с помощью стетоскопа в течение 30 с – 1 мин каждые 15–30 мин, а также после излития вод, при появлении кровяных выделений, ухудшении состоянии роженицы.
- 9) Ведение партограммы.
- 10) Запись дневников в истории родов проводится не реже чем каждые 2–3 ч.
- 11) Влагалищное исследование: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4 ч в течение родов; при изменении акушерской ситуации.
- 12) Амниотомия (раскрытие шейки матки более 6 см, плоский плодный пузырь).
- 13) Постоянный внутривенный катетер.



Второй период родов – изгнание плода



Включает: 1) Пассивную фазу – от полного раскрытия шейки матки – до начала потуг (максимально не более 1 часа).

2) Активную фазу – полное раскрытие шейки матки и активные потуги (у первородящих - не более 2 часов, у повторнородящих – не более 1 часа).

Длительность: у первородящих 1 – 2 часа; у повторнородящих от 30 минут до 1 часа.

Головка плода большим сегментом не должна находиться в одной плоскости малого таза свыше 30 – 40 минут у первородящих, свыше 20 – 30 минут – у повторнородящих.

Длительность II периода родов у первородящих не должна составлять более 3 часов, у повторнородящих – более 2 часов.



Кратность проведения лечебно-диагностических мероприятий во II периоде родов



	Кратность в начале II периода	Кратность во время потуг
Общее состояние, жалобы	15 мин	Постоянно
Пульс, АД	30 мин	с началом потуг далее через каждые 15 мин
Оценка мочеиспускания	Однократно	Однократно
Родовая деятельность	30 мин	15мин
Расположение головки (наружными приемами или влагалищным исследованием)	в начале II периода, через 1час	С началом потуг, далее через каждые 15 мин
Аускультация плода	15 мин	После потуги

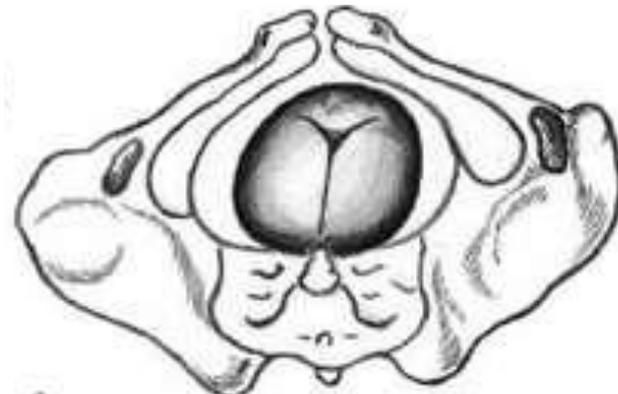
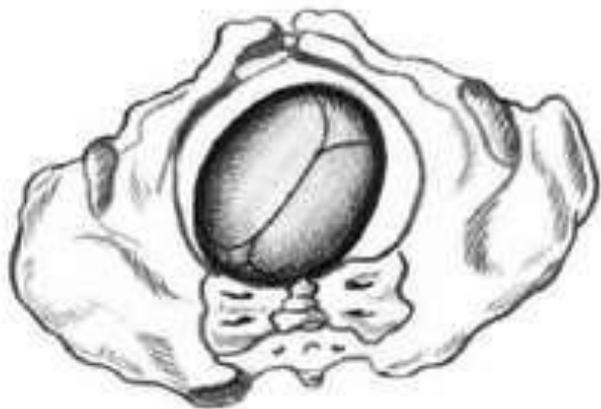


Алгоритм ведения родов при ПЕРЕДНЕМ виде затылочного предлежания

До внутреннего поворота головки при ее расположении в плоскости входа или в широкой части полости малого таза стреловидный шов располагается в одном из косых размеров таза. Малый родничок находится слева (**при первой позиции**) или справа (**при второй позиции**) спереди, ниже большого родничка, который соответственно справа или слева, сзади и выше. Отношение малого и большого родничков определяется степенью сгибания головки. До узкой части малый родничок несколько ниже большого.

В узкой части полости малого таза стреловидный шов приближается к прямому размеру, а в плоскости выхода - в прямом размере.

В плоскости выхода большой родничок расположен ближе к лону, малый – к крестцу.





Акушерское пособие при ПЕРЕДНЕМ виде затылочного предлежания

Первый момент - профилактика преждевременного разгибания головки



Ладонь левой руки кладут на лобок так, чтобы ладонные поверхности сомкнутых пальцев располагались на головке и препятствовали ее разгибанию без излишнего надавливания на головку.



Второй момент - уменьшение напряжения тканей промежности

Ладонь правой руки кладут на промежность так, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой, а максимально отведенный палец - к области правой половой губы. Осторожно надавливая концами всех пальцев на мягкие ткани вдоль больших половых губ, низводят к промежности, уменьшая ее напряжение. Одновременно ладонь правой руки осторожно придавливает к прорезывающейся головке ткани промежности, поддерживая их.





Акушерское пособие при ПЕРЕДНЕМ виде затылочного предлежания



Третий момент - выведение головки. Контролирование

потуг

После того как головка установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка подошла под лонное сочленение, головку выводят вне потуг. Для этого роженица во время потуг глубоко и часто дышит открытым ртом. Одновременно обеими руками задерживают продвижение головки до окончания потуги. После окончания потуги правой рукой соскальзывающими движениями снимают ткани с личика плода.левой рукой в это время медленно поднимают головку кпереди, разгибая ее. При необходимости роженице предлагают произвольно потужиться с силой, достаточной для полного выведения головки из половой щели.





Акушерское пособие при ПЕРЕДНЕМ виде затылочного предлежания



Четвертый момент - освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода.

Ладонями захватывают головку за височно-щечные области и осуществляют тракции кзади, пока треть плечика, обращенного кпереди, не подойдет под лонное сочленение. После того как плечико подведено под лоно, левой рукой захватывают головку, приподнимая ее вверх, а правой рукой сдвигают ткани промежности с плечика, обращенного кзади, выводя его. После рождения плечевого пояса в подмышечные впадины со стороны спинки вводят указательные пальцы обеих рук, а туловище приподнимают кпереди, соответственно проводной оси таза.





Акушерское пособие при ЗАДНЕМ виде затылочного предлеж



В плоскости выхода большой родничок расположен ближе к промежности, малый – к лону.

Поворот головки затылком кзади (неправильная ротация) и ее прохождение по родовому каналу в заднем виде приводят к несовпадению кривизны головки и проводной оси таза, вследствие чего возникает необходимость дополнительного сгибания головки на тазовом дне. Это требует дополнительной работы мышц матки и брюшного пресса. В результате период изгнания затягивается.

Кроме этого, прорезывание головки через вульварное кольцо большей окружностью, чем при родах в переднем виде, нередко приводит к родовому травматизму (разрыву промежности).

Акушерское пособие соответствует таковому при переднем виде затылочного предлежания.



Акушерское пособие при тазовом предлежании



Варианты тазовых предлежаний



чистое
ягодичное



смешанное ягодично-
ножное



полное
ножное



неполное
ножное



Акушерское пособие при тазовом предлежании



Диагностика основывается на данных наружного акушерского, влагалищного, ультразвукового исследования.

Наружное акушерское исследование (четыре приема Леопольда) - в дне матки определяют округлая, плотная, ballotирующая головка. Над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной формы предлежащая часть мягковатой консистенции, не способная к ballotированию.

Сердцебиение плода прослушивается выше пупка, иногда на его уровне, справа или слева (в зависимости от позиции).

Во время наружного акушерского исследования при хорошо развитых мышцах брюшной стенки, повышенном тонусе матки, нарушении жирового обмена, двойне, анэнцефалии диагностика тазового предлежания затруднена.

При влагалищном исследовании через передний свод прощупывается объемистая мягковатой консистенции предлежащая часть плода, которая более плотная и круглая по сравнению с головкой.

Тазовое предлежание без труда диагностируется при УЗИ, позволяющем определить не только тазовое предлежание, но и его вариант, массу плода, положение головки (согнута, разогнута), количество вод и др.



Акушерское пособие при ЧИСТО ЯГОДИЧНОМ предлежании



Ручное пособие по методу Цовьянова. Цель – сохранение нормального членорасположения плода.

Пособие начинают оказывать после прорезывания ягодиц в прямом размере выхода таза, когда они переходят или уже перешли в один из косых его размеров.



Большие пальцы охватывают бедра плода, располагаясь на задней их поверхности и осторожно прижимая их к туловищу, остальные четыре пальца помещают на поверхности крестца

По мере рождения руки, перемещаясь по туловищу плода, постоянно находятся на промежности роженицы. **НЕ ТЯНУТЬ ПЛОД ВО ИЗБЕЖАНИЕ ЗАПРОКИДЫВАНИЯ РУЧЕК!** Плод рождается до пупка, туловище переходит в косой размер и к моменту рождения плода до нижнего угла лопаток туловище вновь устанавливается в прямом размере выхода таза. Плечико, обращенное кпереди, подходит под лонную дугу. Для рождения задней ручки плод поднимают к животу матери. Для освобождения головки достаточно направить ягодицы плода на себя и кпереди.





Акушерское пособие при тазовом предлежании



КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

ПЛОДА

Показания - задержка рождения ручек и головки, если после рождения туловища до нижних углов лопатки не произошло рождение ребенка, в течение 2-3 мин.

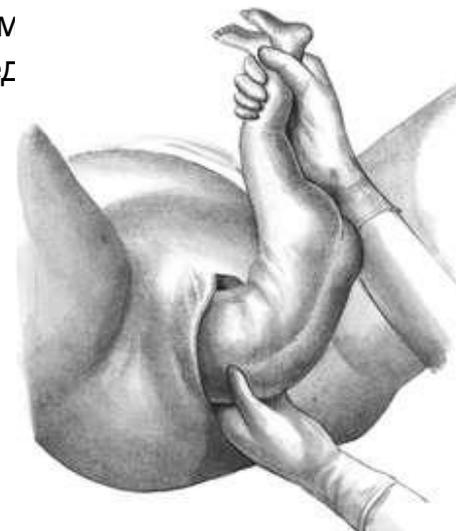
Принципы:

- Сначала освобождают ручки, а затем головку;
- Ручки освобождают после рождения туловища до угла лопатки обращенной кзади;
- Первой освобождают ручку, обращенную кзади:
- Каждая ручка плода выводится одноименной рукой акушера - правая ручка - правой, левая ручка - левой;
- Для освобождения обращенной кпереди ручки туловище плода поворачивают так, чтобы вторая ручка находилась со стороны промежности.

Методика:

Левой рукой взять за голеностопные суставы ножек → туловище плода разместить параллельно правому паховому сгибу матери правой рукой войти со стороны промежности в родовые пути и дойти до локтевого сгиба → ручки плода умывательным движением извлечь ручку. Если передняя ручка не родилась - плод поворачивают на 180°

Для этого двумя руками обхватывают грудку плода и поворачивают плод СПИНКОЙ ПОД ЛОНОМ. Для освобождения второй ручки туловищу плода вновь придается положение, параллельное паховому сгибу и локтевой сгиб перед





Акушерское пособие при тазовом предлежании



ВЫВЕДЕНИЕ ГОЛОВКИ ПО МЕТОДУ МОРИСО-ЛЕВРЕ ЛАШАПЕЛЛЬ

Левая рука акушера на животе плода
(положение – плод «сидит» на руке), правая
рука – на спинке плода



II и III пальцы левой руки располагают на
верхней челюсти плода, способствуя
сгибанию головки (можно ввести II палец в рот
плода, чтобы согнуть головку. II и IV пальцы
правой руки располагают на плечиках плода, а
III - на затылке, помогает сгибанию головки



Тракции проводятся по направлению
проводной оси таза(головка к концу изгнания в
прямом размере).

Если головка в широкой части, то влечение
осуществляют косо кзади, книзу и кпереди,
при нахождении головки в узкой части полости
малого таза - книзу и кпереди. Во время
извлечения головки ассистент придерживает
дно матки, препятствуя разгибанию головки





Акушерские щипцы



Цель операции— замещение родовых изгоняющих сил влекущей силой врача акушера.

Акушерские щипцы состоят из двух ветвей. Левая ветвь захватывается левой рукой и вводится в левую половину таза; правая – в правую. В каждой ветви различают ложку, замок и рукоятку.

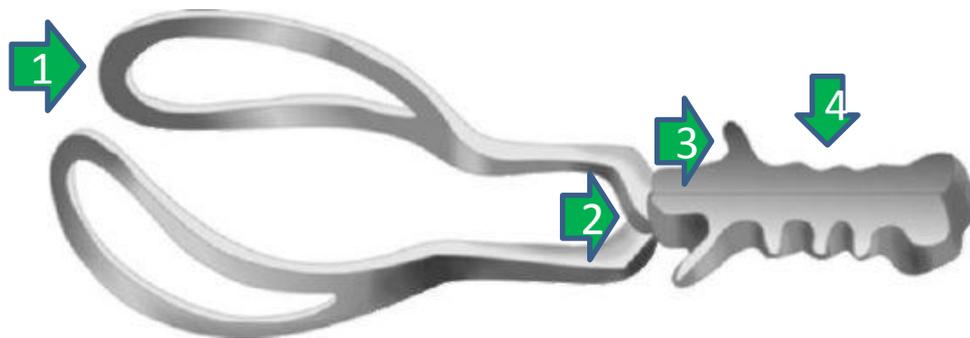
Ложка - пластина, имеющая посередине широкий вырез и закругленные ребра. Ложки изогнуты соответственно кривизне головки. Внутренние поверхности в сомкнутых щипцах плотно прилегают к головке плода вследствие имеющейся кривизны. Вогнутая изнутри кривизна ложек – головная кривизна. Вторая кривизна ложек - тазовая, так как соответствует форме крестцовой впадины.

Замок служит для соединения ветвей. Замок в щипцах Симпсона-Феноменова : на левой ветви имеется выемка, в которую вставляется правая ветвь, и ветви перекрещиваются.

Рукоятки щипцов прямолинейные, их внутренняя поверхность ровная, а наружная - ребристая, что предупреждает скольжение рук хирурга. На наружной поверхности рукояток близ замка имеются боковые крючки Буша, предназначенные для опоры пальцев при извлечении плода.

Щипцы только влекущие, но не ротационный и не компрессионный инструмент. Иными словами – не крутить, не тянуть, не давить.

- 1- ложка
- 2- замок
- 3- крючок Буша
- 4- рукоятка





Акушерские щипцы

В зависимости от высоты стояния головки по отношению к плоскостям таза различают щипцы выходные и полостные.

Выходными называются щипцы, накладываемые на головку, стоящую большим сегментом в выходе таза, стреловидным швом в прямом размере выхода из таза; при этом головка видна в половой щели.

Полостными (типичными) называются щипцы, накладываемые на головку, находящуюся большим сегментом в узкой части полости таза, когда стреловидный шов находится в прямом или почти в прямом, реже в поперечном (низкое поперечное стояние головки) размере таза.

Полостные (атипичные) щипцы при головке, находящейся большим сегментом в широкой части полости малого таза, в настоящее время применяются крайне редко, так как они весьма травматичны для плода и матери. В этих условиях лучше произвести кесарево сечение.



Акушерские щипцы



Показания к операции наложения акушерских щипцов

1. Острая асфиксия плода, либо прогрессирующая гипоксия плода при условии, что роды самопроизвольно в ближайшее время закончиться не могут (головка плода в узкой части полости малого таза и ниже).
2. Выпадение петель пуповины в конце второго периода родов.
3. Упорная вторичная слабость родовой деятельности, неподдающаяся консервативной терапии окситоцином. Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным.
4. Экстрагенитальная патология, при которой необходимо выключить потуги (по рекомендациям смежных специалистов: окулистов, неврологов, кардиологов и т.д.)
5. Эклампсия, если приступ произошёл при головке плода, находящейся в плоскости узкой части полости малого таза и ниже.
6. Кровотечение во 2 периоде родов при благоприятном расположении головки плода в тазу матери и необходимости быстрого завершения родов.
7. Высокая температура у матери (выше 38 градусов Цельсия при хориоамнионите и при затяжных родах, если лечение гипертермии неэффективно).
8. Затруднённое рождение головки при родах в тазовом предлежании.
9. Отказ пациентки тужиться.



Акушерские щипцы



Условия наложения щипцов

- живой плод;
- полное раскрытие маточного зева. В случае неполного открытия зева возможен захват шейки щипцами, при этом часто происходит разрыв шейки, который может перейти на нижний сегмент матки;
- отсутствие плодного пузыря. Влечение за оболочки может вызвать преждевременную отслойку плаценты;
- не должно быть выраженного недонашивания, головка должна иметь нормальную плотность
- головка в узкой части полости малого таза стреловидным швом в прямом или почти в прямом размере таза;
- опорожненный мочевого пузырь.

Противопоказания к наложению акушерских щипцов

- мертвый плод;
- неполное раскрытие маточного зева;
- гидроцефалия, анэнцефалия;
- глубоко недоношенный плод;
- высокое расположение головки плода (головка прижата, большим сегментом во входе в таз, в широкой части полости малого таза);
- угрожающий или начинающийся разрыв матки.



Акушерские щипцы

Подготовка к операции

- 1) Письменное добровольное информированное согласие пациентки.
- 2) Катетеризация мочевого пузыря.
- 3) Соблюдение асептических условий (обработка наружных половых органов 1% раствором йодоната, на ноги роженице - стерильные бахилы, наружные половые органы покрывают стерильным бельем, оставляя свободным вход во влагалище).
- 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;
 - 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 решается индивидуально

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).



Акушерские щипцы



Техника операции

«Золотой стандарт» для наложения АЩ - 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».

Наложение акушерских щипцов складывается из четырех моментов:

- введение и размещение ложек;
- замыкание щипцов и пробная тракция;
- тракции или влечение (извлечение) головки;
- снятие щипцов.

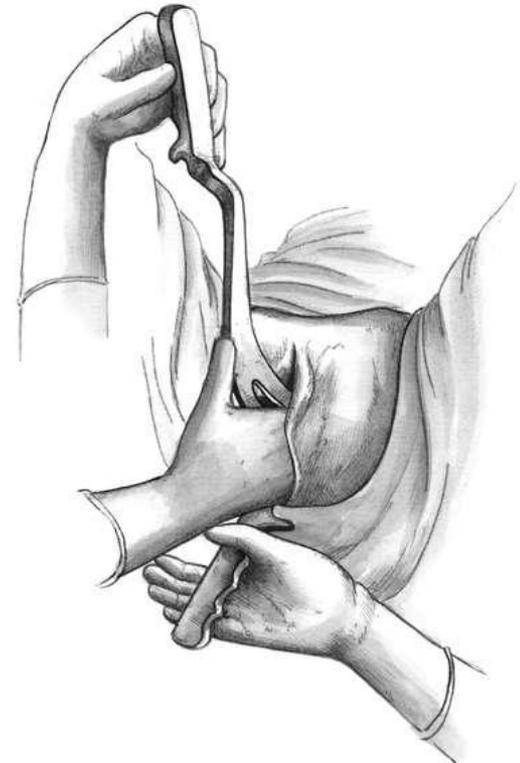


Акушерские щипцы



Первый момент - введение и размещение ложек.

1. Четыре пальца правой руки вводятся во влагалище так, чтобы ладонь руки плотно прилежала к головке и отделяла ее от мягких тканей родового канала.
2. Левую рукоятку берут как писчее перо
3. Устанавливаю параллельно паховой складке
4. Ложку вводят в половую щель, подталкивая ее нижнее ребро большим пальцем правой руки под контролем пальцев, введенных глубоко во влагалище.
5. Под контролем левой руки ввести правой рукой правую ветвь в правую половину таза





Акушерские щипцы

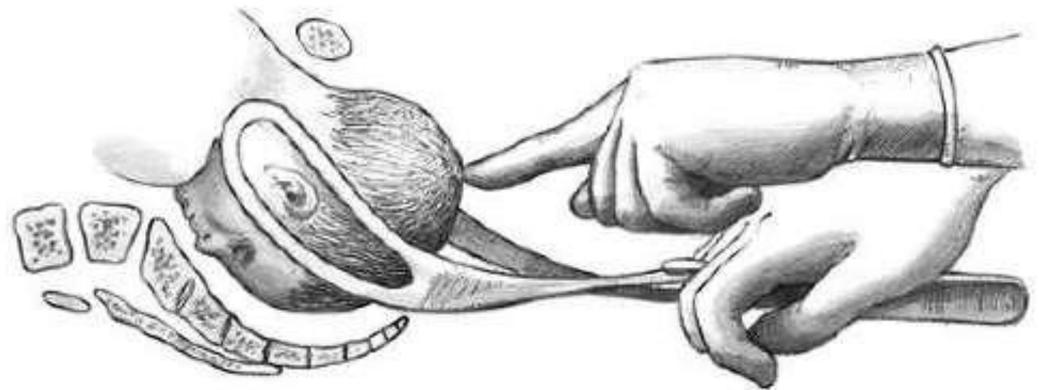


Второй момент - замыкание щипцов и пробная тракция.

Замыкают щипцы, если не удастся полностью закрыть щипцы – не давить – подложите пеленку между двумя рукоятками.

Правильно наложенные щипцы находятся в поперечном размере таза, их ветви располагаются на уровне ушек плода.

Перед извлечением головки плода производится пробная тракция правой рукой, а указательным пальцем левой руки при этом определяют, движется ли головка со щипцами, или инструмент соскальзывает. При правильно наложенных щипцах головка следует за тракциями, и это ощущает палец левой руки





Акушерские щипцы

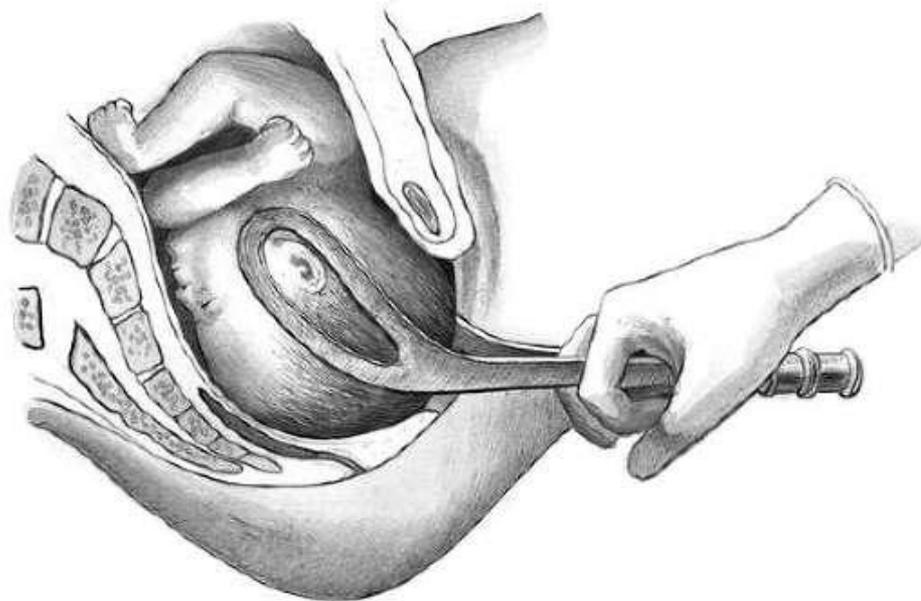


Третий момент - извлечение головки (тракции).

1. II и IV пальцы правой руки располагают на боковых крючках Буша, III находится между расходящимися ветвями щипцов, I и V охватывают рукоятки по сторонам. Левая рука располагается на правой.
2. Тракции проводятся в соответствии с естественным биомеханизмом.

Четвертый момент - снятие щипцов.

- Щипцы снимают после прорезывания головки.
- Сначала раскрывают замок.
- Первой выводят правую ложку, причем рукоятка должна проделать обратный путь по сравнению с введением, второй выводят левую ложку.





Акушерские щипцы



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 через ушки к подбородку. 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 - середина шва, малый родничок - кзади к крестцу

Проводная точка - середина между большим и малым родничком, либо задний край большого родничка.

Анатомические ориентиры таза матери: не определяются.

Наложение АЩ и тракции: Щипцы накладываются также, как и при переднем виде. Но ложки щипцов должны располагаться несколько кзади к крестцу, только тогда они замкнутся. Тракции: Ложки щипцов должны быть опущены перед замыканием ветвей, чтобы рукоятки были обращены к малому родничку. Тракциями вниз и несколько кзади под симфиз подводят область большого родничка. Следующими тракциями, направленными кпереди, выводят затылок из-под промежности; затем тракции направляются кзади и из-под симфиза рождаются темя, лоб, лицо.



Акушерские щипцы



Головка плода в 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 - стреловидный шов (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, сзади - крестцово-копчиковое сочленение и часть тела 5-го крестцового позвонка, с боков - иногда верхушки седалищных остей. Наложение АЩ 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, плоскость наложения перпендикулярна плоскости стреловидного шва. Тракции проводят кзади, 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 в узкой части полости малого таза, вторая позиция, передний вид.

Положение швов и родничков: Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона, большой - слева у крестца, выше малого, далее - всё как при первой позиции.

Наложение АЩ и тракции: щипцы накладываются в правом косом размере. Первой вводится левая ложка в левую половину таза и переводится в переднебоковой 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.



Акушерские щипцы



Лицевое предлежание, задний вид (подбородок плода кпереди), головка плода в плоскости выхода малого таза

Проводная точка - подбородок, диаметр большого сегмента - вертикальный размер головки. Лицевая линия находится в прямом размере выхода малого таза. Анатомические ориентиры таза матери: 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 заходя 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.



Акушерские щипцы



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, подпапневротическая гематома, перелом костей черепа, повреждения лицевого нерва.
5. Дистоция плечиков.
6. Нарушения мочеиспускания у роженицы.



Дистоция плечиков плода



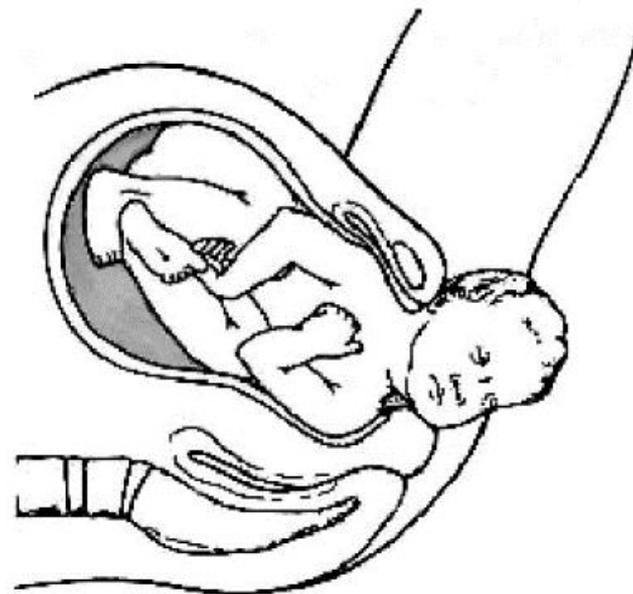
Состояние, при котором головка плода родилась, а плечевой пояс плода не может родиться самопроизвольно или с помощью нескольких нисходящих тракций. Это происходит вследствие задержки одного или, реже, двух плечиков над лобковой костью. **Данную ситуацию невозможно прогнозировать.**

Клиника

- 1) Головка родилась, но наружный поворот ее не происходит;
- 2) Задержка рождения плечиков более 1 минуты после рождения головки;
- 3) Шея плода не визуализируется, головка зажата промежностью - «симптом черепахи»;
- 4) Личико плода багровеет в виду того, что ребенок не может сделать вдох, так как грудная клетка зажата в тазовом кольце, а матка вследствие рождения головки сокращается, что вызывает снижение или прекращение кровотока в межворсинчатом пространстве.

При разрешении данной патологии следует избегать 3-х вещей:

1. *Не тянуть;*
2. *Не толкать (не выдавливать плод);*
3. *Не сгибать.*





Дистоция плечиков плода



Лечение

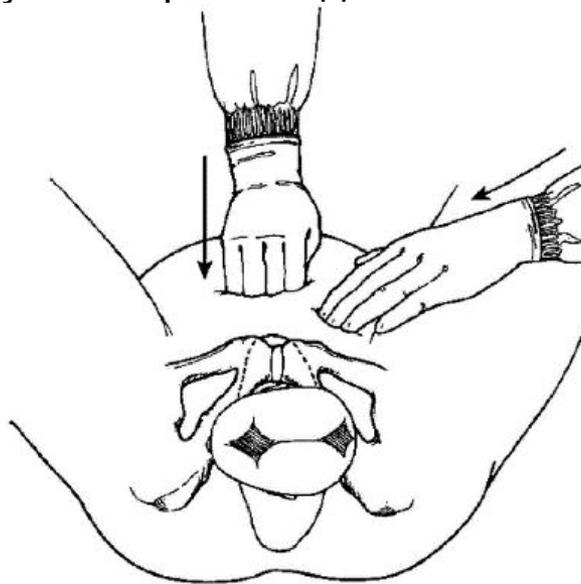
HELPERR

H — help, позвать на помощь,

E — подумать об эпизиотомии,

L — legs, ноги (приём Мак-Робертса - привести согнутые в коленях и тазобедренных суставах ноги роженицы к грудной клетке. Прием отклоняет лобковый симфиз кпереди и выпрямляет пояснично-крестцовый угол, плоскость входа в малый таз становится перпендикулярно изгоняющим родовым силам. Этим приемом заднее плечико может соскользнуть вниз ниже крестца, что может помочь сместить фиксированное переднее плечико);

P — pressure, давление (над лобком- наружный прием надавливания на переднее плечико над лоном со стороны лопаток





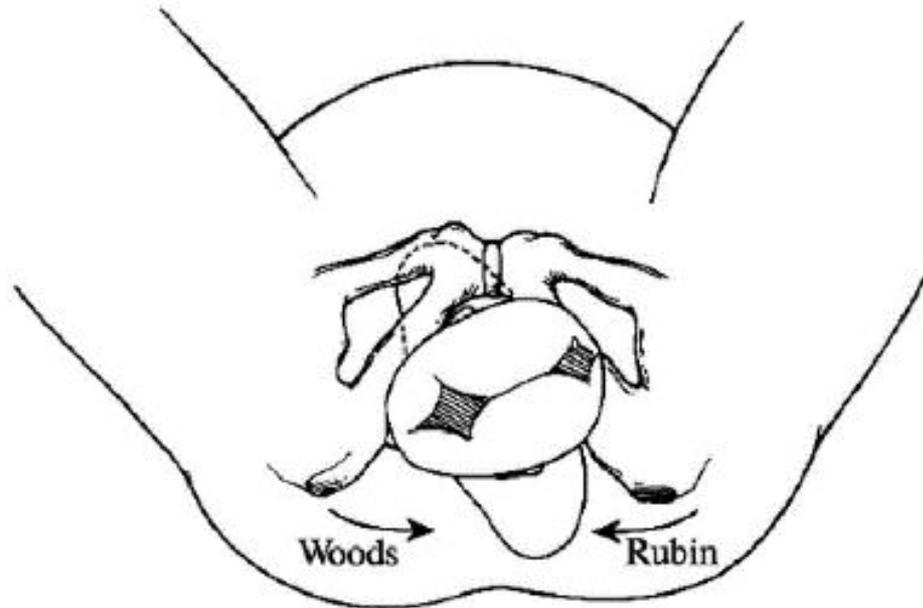
Дистоция плечиков плода



Е — enter, ввести руку (для внутреннего поворота)

- Внутренний прием Rubin - ввести два пальца со стороны боковой стенки влагалища со стороны спинки плода, найти передние лопатку и плечико плода и давлением в области подмышечной ямки и лопатки плода перевести переднее плечико в косой размер или

- Прием винта Вудса - двумя пальцами правой руки найти заднее плечико, его переднюю поверхность в области подмышечной ямки.левой руки надавливают на тазовый конец плода в области дна матки, а правой совершают движения против часовой стрелки. Заднее плечико всегда подвижно, а переднее переходит в поперечный или косой размер. Можно осуществить поворот на 180 градусов.



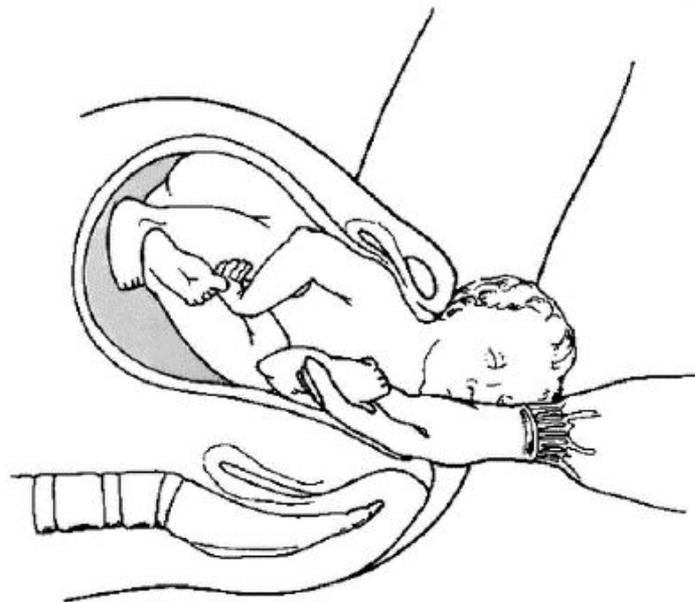


Дистоция плечиков плода



R — remove, удалить, извлечь заднюю ручку - двумя пальцами, введенными во влагалище, найти локтевой сгиб задней ручки и за предплечье вывести ручку После рождения ручки межакромальный размер уменьшается.

R — roll, повернуть («на все четыре») - поворот по Гаскину - Роженицу поворачивают в коленно-локтевую позу



Приемы «третьего порядка», направленные на предотвращение материнской заболеваемости и смертности.

1. Клейдотомия - вынужденное рассечение ключицы плода.
2. Симфизиотомия - рассечение лонного сочленения после смещения уретры латерально.
3. Вправление головки обратно в полость малого таза с последующим КС



Дистоция плечиков плода



Алгоритм

М

· На родах присутствуют два врача акушера-гинеколога, владеющие приёмами оказания помощи при ДП, анестезиолог и неонатолог-реаниматолог.

· Обязательное рассечение промежности под адекватным обезболиванием (предпочтительна — срединно-латеральная эпизиотомия).

· Захват головки плода двумя руками в щёчно-височных областях, осторожное потягивание головки книзу до тех пор, пока под лоно не подойдет переднее плечико на границе верхней и средней трети. В это время ассистент осуществляет умеренное давление рукой над лобком. Затем головка приподнимается кпереди и освобождается заднее плечико.

· Максимальное сгибание бёдер роженицы в тазобедренных и коленных суставах и отведение их в сторону живота.

· Одноименной рукой акушер захватывает, сгибает и выводит заднюю ручку плода, затем выводится переднее плечико.

· Акушер рукой, введённой во влагалище, смещает переднее плечико в сторону грудки и кзади. Ассистент в это время проводит умеренное давление на дно матки и в надлобковой области кзади и латерально в сторону живота матери.

· Акушер рукой, введённой под заднее плечо плода, поворотом на 180° переводит его в переднее и оно извлекается.

Все ручные манипуляции выполняют последовательно по мере увеличения сложности исполнения. Вначале применяют менее сложные и менее травматичные для плода, при их неэффективности переходят к более сложным.



Третий период родов

Последовый период надо вести выжидательно-активно при тщательном наблюдении за роженицей. При хорошем состоянии роженицы и отсутствии признаков внутреннего или наружного кровотечения можно ждать самостоятельного отделения плаценты и рождения последа не более 20 мин. Для правильного сокращения матки после рождения плода роженице необходимо катетером выпустить мочу.



Третий период родов



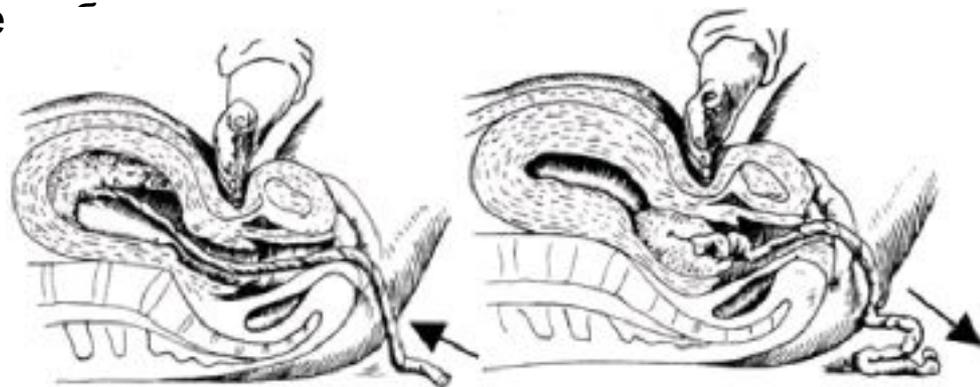
Признаки отделения плаценты от стенки

матки.

Признак Шредера. Если плацента отделилась и опустилась в нижний сегмент или во влагалище, дно матки поднимается вверх и располагается выше и вправо от пупка; матка приобретает форму песочных часов.

Признак Альфельда. Лигатура, наложенная на пуповину у половой щели роженицы, при отделившейся плаценте опускается на 8-10 см ниже от вульварного кольца.

Признак Чукалова-Кюстнера. При надавливании ребром кисти руки на надлобковую область при отделившейся плаценте матка приподнимается вверх, пуповина не втягивается во влагалище, а е



Признак Довженко - отсутствие втягивания пуповины при вдохе говорит об отделении плаценты;

Признак Штрассманна - колебательные движения крови в плаценте при поколачивании по матке передаются по пуповине только при неотделившейся плаценте;

Признак Клейна - при натуживании или легком отдавливании матки книзу пуповина выходит наружу и уже не втягивается обратно, если плацента отделилась



Третий период родов



Методы наружного выделения отделившегося последа

Способ Абуладзе. После опорожнения мочевого пузыря переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку. После этого роженице предлагают потужиться. Отделившийся послед при этом рождается в результате повышения внутрибрюшного давления.



Способ Креде-Лазаревича. После опорожнения мочевого пузыря приводят дно матки в срединное положение. Производят легкое поглаживание матки в целях ее сокращения. Обхватывают дно матки кистью той руки, которой акушер лучше владеет, с таким расчетом, чтобы ладонные поверхности ее четырех пальцев располагались на задней стенке матки, ладонь - на самом дне матки, а большой палец - на ее передней стенке. Одновременно надавливают на матку всей кистью в двух перекрещивающихся направлениях (пальцами - спереди назад, ладонью - сверху вниз) в направлении к лобку до тех пор, пока послед не родится.





Третий период родов



Если после рождения плаценты оболочки задержались в матке, то для их удаления рожившую плаценту берут в руки и, медленно вращая, закручивают оболочки в канатик.

В результате этого оболочки осторожно отделяются от стенок матки и выделяются вслед за плацентой.

Оболочки можно удалить и следующим приемом: после рождения плаценты роженице предлагают поднять таз вверх, опираясь на ступни. Плацента в силу тяжести потянет за собой оболочки, которые отслоятся от матки и выделятся наружу



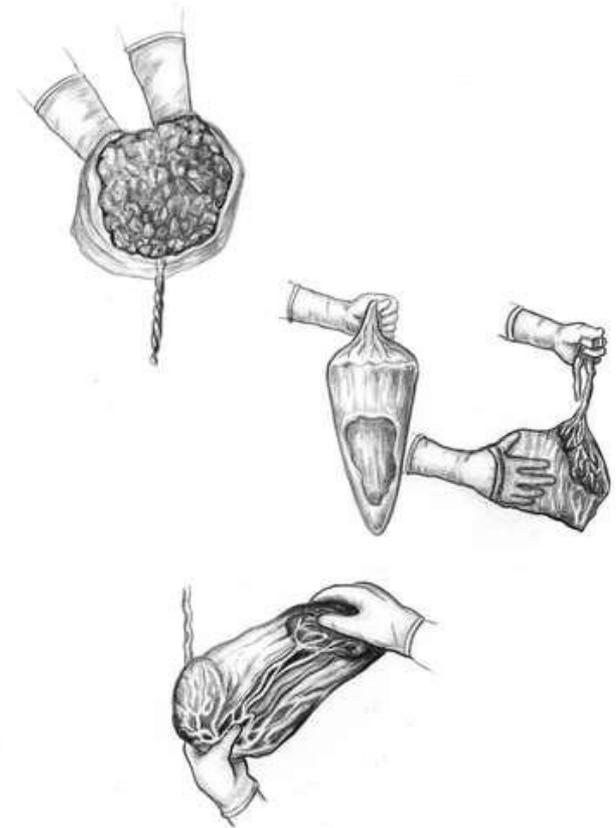


Третий период родов



Сразу же после рождения последа необходимо его осмотреть, чтобы убедиться в целостности плаценты и оболочек.

Плаценту раскладывают на гладком подносе материнской поверхностью вверх и внимательно рассматривают дольку за долькой. Необходимо тщательно осмотреть края плаценты. Края целой плаценты гладкие и не имеют отходящих от них оборванных сосудов. Затем осматривают оболочки. Для этого переворачивают послед плодовой стороной кверху и расправляют оболочки, стараясь восстановить плодместилище. Особенно нужно обращать внимание на наличие оборванных сосудов, что свидетельствует о добавочной дольке, которая осталась в полости матки.



После отделения последа и обработки наружных половых органов под обезболиванием приступают к осмотру шейки матки, влагалища, вульвы для выявления разрывов, которые ушивают.

После рождения последа женщина называется роженицей. В течение 2 ч она находится в родильном зале, где контролируют АД, пульс, состояние матки, количество выделяемой крови.

Кровопотерю измеряют гравиметрическим методом: кровь собирают в градуированную посуду, пеленки взвешивают.

Через 2 часа роженицу переводят в послеродовое отделение.



Обработка и реанимация новорожденных

До рождения необходимо приготовить набор оборудования:

- Неонатальный столик с заранее включенным источником лучистого тепла
- Пеленка для обтирания новорожденного
- Пеленка для пеленания новорожденного после обработки
- Аспиратор с аспирационным катетером
- Стетоскоп
- Мешок Амбу для новорожденных с лицевой маской
- Набор для интубации с клинками и трубками подходящих размеров
- Антибиотик для обработки новорожденного
- Пупочный катетер





Обработка и реанимация новорожденных

Ребенок помещен на неонатальный столик

Обтереть ребенка: избежать потери тепла, тактильное раздражение

Есть признаки жизни?

Да

Оценить по АПГАР в течение первой минуты

Обработка новорожденного

Нет

Выполнить аспирацию в следующем порядке: нос, рот, задний проход

Оценка дыхания: приложить ко рту стетоскоп и засечь 10 сек

Есть дыхание?

Да

Наблюдение, ИТ



Обработка
новорожденного

Интубация, ИВЛ, ИТ

Нет



Оценить ЧСС, приложив стетоскоп
к верхушке сердца



Сколько ЧСС?

60 +



0-60



Начать СЛР 3 к 1, ИВЛ через лицевую маску воздухом



Через 30 сек

Интубация трахеи



Пупочный катетер, начать инфузию

ИВЛ, ИТ, перевод в
ОРИТн



**До 10
минут
всего**



Прекращение СЛР



Обработка и реанимация новорожденных

- Для выполнения компрессий ребенка сжимают с двух сторон.
- Глубина компрессий составляет $1/3$ передне-заднего размера ребенка.
- Для ИВЛ лицевой маской накрывают одновременно нос и рот.
- При интубации используют неонатальный прямой клинок и трубку для новорожденных без манжеты. Трубку необходимо зафиксировать!
- При СЛР обязательна водная нагрузка – инфузия через пупочный катетер.

