

Міністерство освіти та науки України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Сумський державний університет

В. І. Бойко, А. Б. Сухарєв

# **Акушерські щипці**

Навчальний посібник

Суми  
Сумський державний університет  
2018

УДК 618.5-06

**Бойко В. І.**

Акушерські щипці : навч. посіб. / В. І. Бойко, А. Б. Сухарєв. – Суми : Сумський державний університет, 2018. – 116 с.

Розглянуті питання щодо проблеми кесарева розтину в сучасному акушерстві.

Навчальний посібник рекомендований для студентів медичних ЗВО, лікарів-інтернів спеціальності «Акушерство і гінекологія» та лікарів-акушерів-гінекологів.

**УДК 618.5-06**

© Бойко В. І., Сухарєв А. Б., 2018  
© Сумський державний університет, 2018

## Навчальне видання

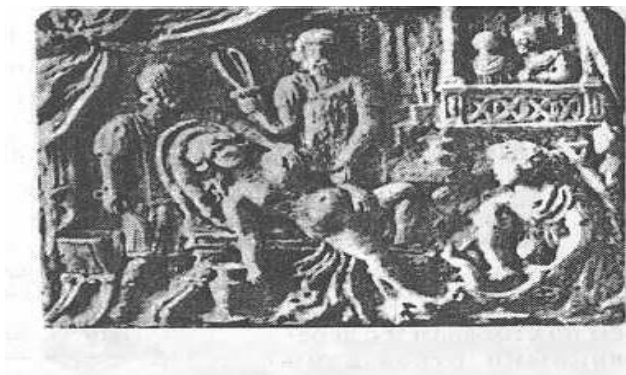
Під операцією накладання акушерських щипців необхідно розуміти витягання живого плода з пологових шляхів за допомогою спеціально сконструйованого інструменту.

За деякими історичними даними, акушерські щипці були відомі ще за часів Стародавнього Риму (мал. 1). Уперше в сучасній історії ідея накладання акушерських щипців виникла в XVII столітті. Вважається, що вперше акушерські щипці були відомі сімейству англійських лікарів Chamberlen, які практикували в другій половині XVII ст. в Англії та Ірландії, а згодом і в Голландії. Johann Palfyn, професор анатомії та хірургії в Генті, у 1723 р. публічно заявив Паризькій академії наук про своє відкриття акушерських щипців і одночасно подарував декілька екземплярів іншим лікарям (мал.2). Це відкриття викликало загальну увагу сучасників, сприяло подальшому розробленню питання і дало величезну користь людству. Palfyn, по справедливості, повинен вважатися істинним винахідником акушерських щипців. Щипці Palfyn'a описані не ним самим, а J. L. Petit, P. de Wind'oM під ім'ям Tire – tete de Palfyn і Manus ferreae Palfynianaе.

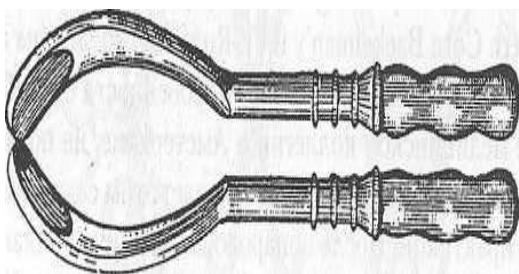
Levret і Smellie до такої міри вдосконалили акушерські щипці, що до чого часу (після двох століть) у Франції та Англії використовують щипці, власне, цих двох великих акушерів. Крім того, вони розробили з наукових позицій показання до застосування акушерських щипців. Велика заслуга Levret'a полягає в тому, що він винайшов тазову кривизну (1751 р.) і значно поліпшив замок. Smellie також вказує на тазову кривизну, але пізніше (1754 р.). Замок Smellie залишається й до сьогодні основним типом замків більшості англійських щипців. Щипці Levret'a були значно більшими від щипців Smellie, і ця відмінність збереглася і до нашого часу. Наука про щипці поширилася і в Німеччині не

менш знаменитим учнем Levret'a – Stain – старшим і представником Страсбурзької школи Fried. Представником науки Smellie в Німеччині був Воег, засновник віденської акушерської школи. Наступні покоління акушерів як у Франції так і в Німеччині та Англії, розробляли механізм дії щипців (мал. 3, 4, 9).

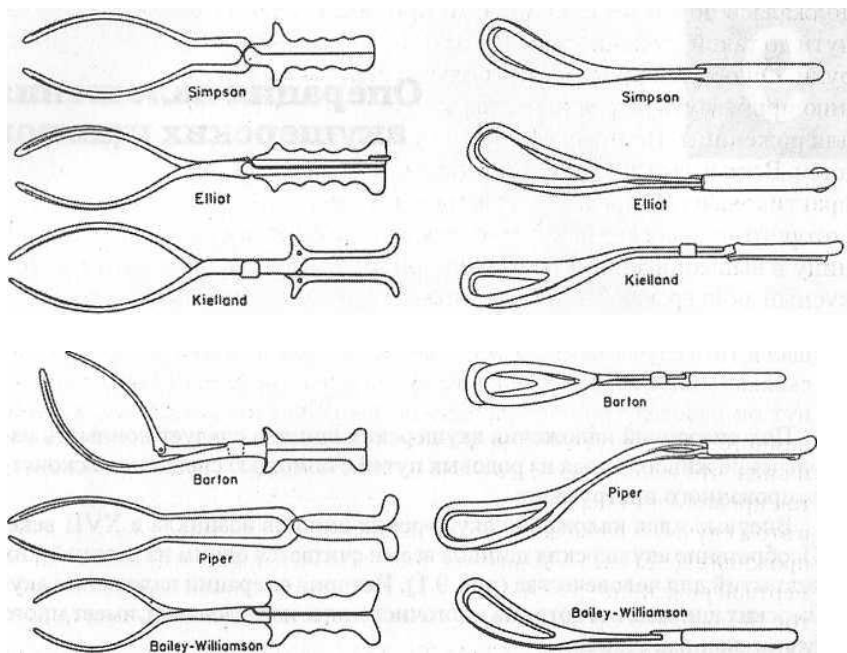
А. Я. Красовський у своїй класичній праці «Оперативне акушерство» (1879), першому посібнику з оперативного акушерства, засвідчував понад 300 різних модифікацій акушерських щипців. Він писав: «У багатьох акушерів минулого часу, та і тепер частково, вважалося неодмінним обов'язком мати щипці власної модифікації».



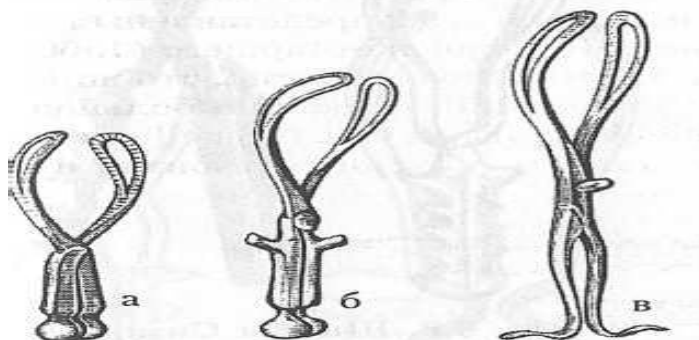
Малюнок 1 - Зображення сцени пологів зі стоячим у центрі акушером, тримання акушерських щипців



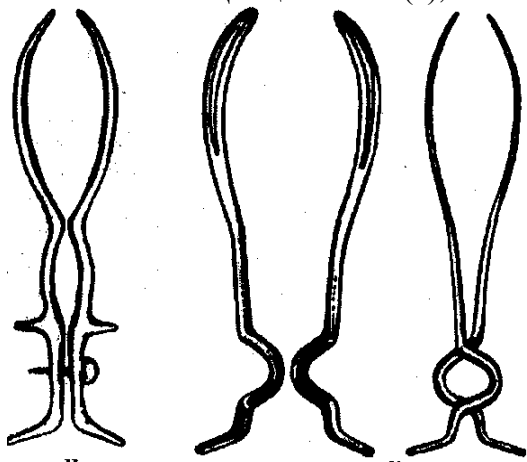
Малюнок 2 - Щипці Пальфіна.



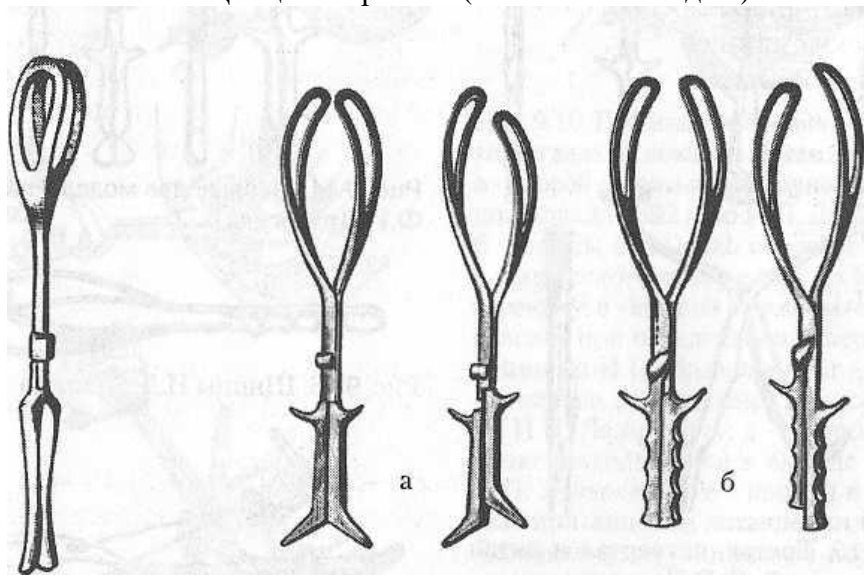
Малюнок 3 - Щипці Такера-Маклеїна, Сімпсона, Еліота, Кілланда, Бартона, Пайпера, Бейлі-Вільямса



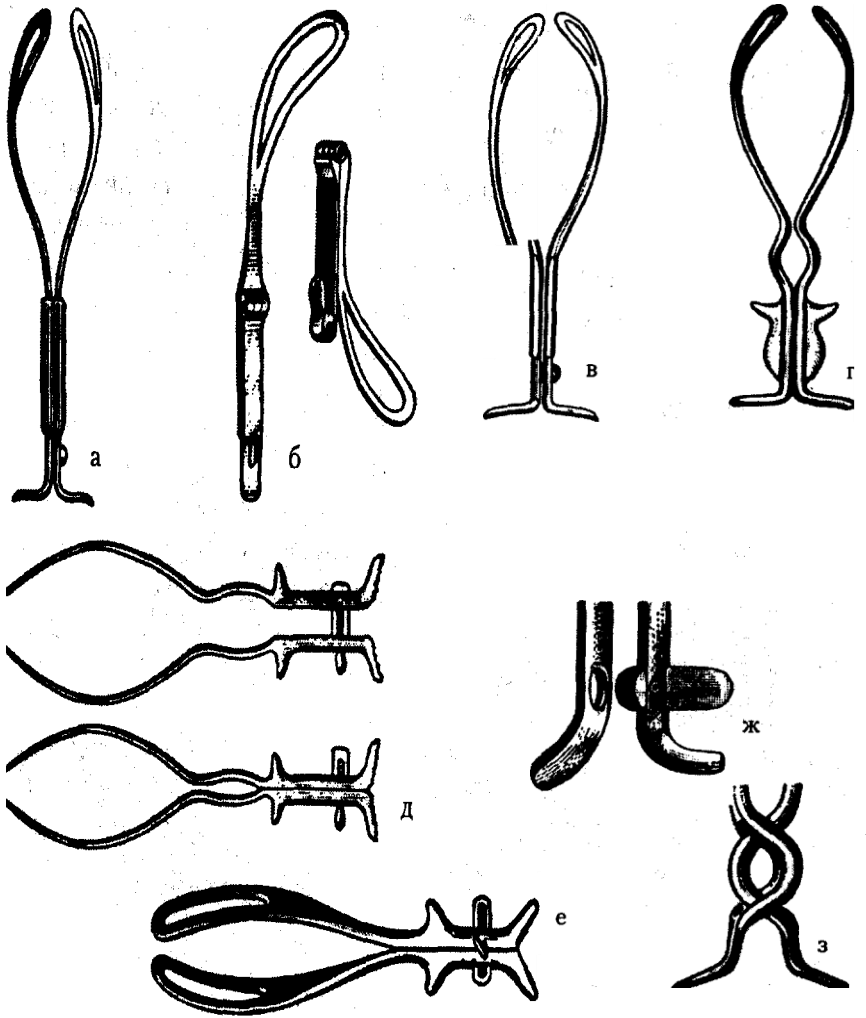
Малюнок 4 - Щипці Смеллі (а), Негеле (б), Левре (в)



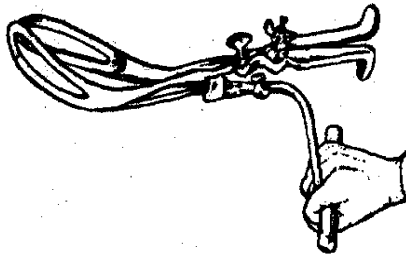
Малюнок 5 - Щипці Лазаревича ( 8-ма та 9-та моделі)



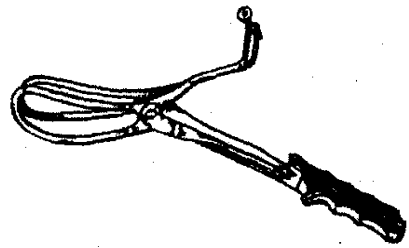
Малюнок 6. Щипці А. П. Гумілевського



Малюнок 7. Щипці І. П. Лазаревича (1-ша–7-ма моделі)



Малюнок 8. Щипці Тарньє



Малюнок 9. Щипці Брейса

Сімпсон (J. Simpson, 1811–1870) подовжив щипці Смеллі до 37 см і надав замку великої рухомості. У подовженні акушерських щипців, легкості інструменту та особливо, у збільшенні рухомості замка, полягає величезна заслуга Сімпсона перед акушерською наукою. У Російській імперії щипці почав застосовувати І. Еразмус, професор акушерства, що працював спочатку в Повивальному інституті в Москві, а потім професором у Московському університеті. Уперше в Росії він наклав щипці системи Левре в Москві 9 червня 1765 р. і витягнув живу дівчинку. Оскільки операції накладання щипців, проведені І. Ф. Еразмусом, мали поодинокий, випадковий характер, то, зазвичай, не йому, а Н. М. Амбодіку-Максимовичу (1744–1812), професорові Санкт-Петербурзького повивального інституту, належить заслуга впровадження цієї операції у вітчизняне акушерство. Професор В. М. Ріхтер (Московський університет, 1767–1822) оперував щипцями Зібольда. Подібними щипцями з 30-х років минулого століття були забезпечені всі повітові лікарі в 19-му столітті. Над проблемою вдосконалення акушерських щипців і зниження травматизму в разі їх застосування багато працював професор Харківського університету І. П. Лазаревич (1829–1902). І. П. Лазаревич у 1866 р. запропонував щипці з незначною тазовою кривизною



і без перехреснення ложок. У 1879 р. він скасував у щипцях тазову кривизну, вважаючи її «не лише даремною, але й шкідливою, томущо вона не дає можливості добре перевіряти напрям дії щипців» (мал. 5,7). Ще на початку минулого століття були спроби застосування, окрім тракцій за рукоятку, додаткового потягу за напрямом донизу, діючи на ділянку замка або руками, або за допомогою тих чи інших пристроїв, наприклад, щипців Сканцоні (Е. Бсапгош, 1821–1891). У 1877 р. паризький акушер Тарньє (Б. Е Тагшег, 1828–1897) запропонував щипці особливого пристрою (мал. 8). Це були ті самі щипці Левре, в яких, окрім звичайного замка, був ще гвинтовий затиск для надійнішого захоплення та утримання голівки під час тракцій. Ці щипці мали ще й промежину кривизну. Силу тяги прикладали не до рукоятки, а безпосередньо до нижніх ребер віконць щипців за допомогою укріплених тут рухомих прутиків, що закінчуються поперечною перекладиною. Після ряду удосконалень нині є зразок щипців Тарньє, якими користуються і до цього часу деякі з сучасних акушерів, особливо на батьківщині автора, у Франції (Н. А. Цов'янов, 1963).

Таким чином, операція накладання акушерських щипців має велике значення в акушерстві. Вітчизняні акушери зробили надзвичайно багато для розвитку та вдосконалення операції накладання щипців, зокрема, були детально розроблені показання до неї, визначені умови для її виконання, створені власні різновиди інструменту, вивчені найближчі й віддалені результати операції для матері та дитини (мал. 6).

### КОНСТРУКЦІЇ ЩИПЦІВ

Серед безлічі різновидів щипців можна виділити чотири основні типи конструкцій інструменту: 1) французький; 2) англійський; 3) німецький і 4) російський.

Французькі щипці довгі та важкі, мають значну тазову кривизну. Їх замкова частина абсолютно нерухома (гвинтовий замок), у наслідок цього голівка сильно здавлюється.

Англійські щипці короткі, легкі, з невеликою тазовою кривизною. Замкова частина забезпечує відносну рухомість гілок і в той самий час, дозволяє міцно утримувати їх, якщо вони з'єднанні разом разом.

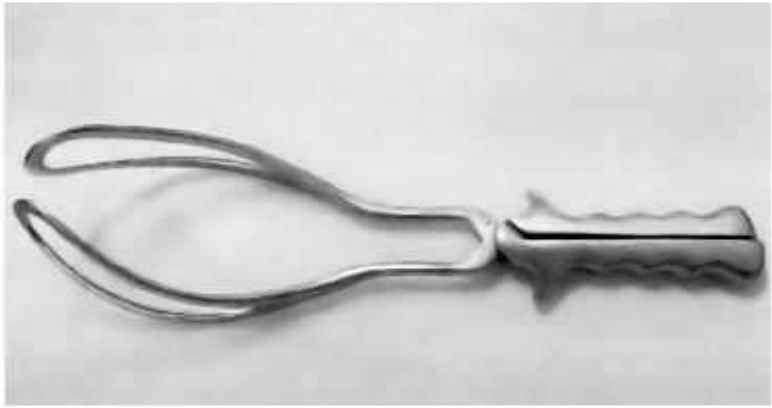
Головна кривизна помірна, а відстань між верхівками ложок забезпечує надійне захоплення без різкого стиснення голівки. Зовнішня поверхня рукояток щипців хвиляста, гофрована (виямки), що запобігає ковзанню руки акушера.

Німецькі щипці забезпечені нерухомим замком, оскільки з'єднання гілок відбувається за рахунок штифта, наявного на одній із них, і вирізки – на іншій. Звідси неминуче відбувається стиснення голівки ложками щипців. Гілки їх середньої довжини, і тазова кривизна помірна.

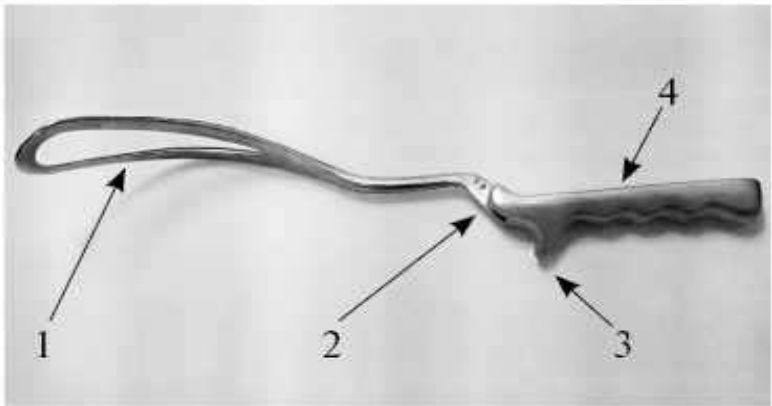
Основні принципи пристрою російських щипців:

- 1) не перехресування ложок;
- 2) відсутність тазової кривизни;
- 3) паралелізм щипців;
- 4) можливість помістити кінці ложок на різній висоті;
- 5) легке змикання замка.

Найбільш поширеною моделлю в нашій країні є англійські щипці Сімпсона в модифікації Феноменова. Вони мають довжину 35 см, вагу - 500 г, зроблені з нержавіючої сталі. Щипці складаються з двох перехресуваних ложок одна з одною посередині. Кожна ложка складається з трьох частин ( мал. 10):



А



Б

Малюнок 10. – Щипці Сімсона-Феноменова у складеному вигляді (А); пристрій щипців Сімсона-Феноменова (Б):

- 1 – ложка (частина, що охоплює голівку);
- 2 – замкова частина;
- 3 – гачок Буша;

4 – ручка

Ручка всередині пуста, що робить щипці легшими; зовнішня сторона хвиляста, гофрована.

Тип замка – напіврухомий. Будова замка: ліва ложка має пластинку зверху, а права – таку саму пластинку знизу. Завдяки цим двом пластинкам обидві ложки прилягають одна до одної, не розходяться до верху і до низу, забезпечуючи потрібну рухомість.

Між замком і ручкою, на зовнішньому боці щипців, містяться бокові виступи, які називають гачками Буша. Бокові крючки є місцем підтримання, що дозволяє розвивати більшу силу під час тракції. Крім того гачки Буша служать розпізнавальним знаком при складанні ложок (гачки розміщені латерально в одній площині).

Сама ложка має дві кривизни: головну і тазову. Головна кривизна зроблена з урахуванням окружності голівки плода. Дві ложки обмежують простір, достатній щоб забезпечити окружність голівки, не сильно стискаючи її. Найбільша відстань між внутрішніми поверхнями складених ложок – 8 см, відстань між верхівками ложок - 2,5 см.

Тазова кривизна проходить по ребру ложки, повторюючи хід провідної осі таза. Поздовжня вісь щипців збігається з провідною віссю таза.

### **Показання до операції накладання акушерських щипців:**

1. Гостра асфіксія (дистрес) плода або прогресуюча гіпоксія плода за умови, що пологи самостійно найближчим часом закінчитися не можуть (голівка плода у вузькій частині порожнини малого таза й нижче).

2. Стійка вторинна слабкість пологової діяльності, що не піддається консервативній терапії окситоцином. У 2-му періоді зазвичай голівка плода проходить кожен площину малого таза не більше ніж за 30–40 хвилин у першонароділь і

20–30 хвилин – у повторнонароділь. Якщо впродовж 1 години у першороділь відсутня динаміка просування голівкипологовими шляхами, то перебіг пологів потрібно визнати незадовільним. Загальна тривалість 2-го періоду пологів у першонароділь не повинна перевищувати 3 години і 2 години – у повторнонароділь..

3. Екстрагенітальна патологія, за якої необхідно уникнути потуг (за рекомендаціями суміжних фахівців : окулістів, неврологів, кардіологів, та ін.).

4. Еклампсія, якщо напад стався при розташуванні голівки плода в площині вузької частини порожнини малого тазу й нижче.

5. Кровотеча у 2-му періоді пологів при сприятливому розташуванні голівки плода в тазу матері та необхідності швидкого завершення пологів.

6. Висока температура в матері (вище ніж 38 °С при хоріоамніоніті та зтяжних пологах, якщо лікування гіпертермії неефективне).

7. Ускладнене народження голівки під час пологів у тазовому передлежанні.

8. Відмова пацієнтки тужитися.

### **Протипоказання до накладання акушерських щипців:**

1. Мертвий плід.
2. Гідроцефалія.
3. Лобове вставлення і задній вид лицевого вставлення.
4. Звуження таза 2–3-го ступенів.
5. Відсутність вставлення голівки над входом у малий таз.
6. Недоношений плід.
7. Неповне розкриття шийки матки.
8. Цілий плідовий міхур.

### **Знеболювання**

Операцію акушерських щипців можна проводити під:

- 1) загальною внутрішньовенною анестезією (на самостійному диханні);
- 2) загальною анестезією з інтубацією трахеї (при станах, що загрожують життю породіллі);
- 3) регіонарною анестезією;
- 4) пудендальною анестезією (при розташуванні голівки нижче від вузької частини).

### **Підготовка до операції**

1. Письмова добровільна інформована згода пацієнтки.
2. Звільнення сечового міхура і прямої кишки (якщо дозволяє час).
3. Додержання асептичних умов.
4. Положення породіллі на спині з піднятим головним кінцем, який утворює з тазом прямий кут, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, коліна широко розведені в боки.
5. Перед початком операції необхідно ще раз уточнити:
  - характер вставлення голівки плода;
  - висоту знаходження голівки в малому тазу (за розташуванням великого сегмента голівки);
  - провідну точку і конфігурацію голівки плода, розміри пологової пухлини за її наявності;
  - уточнити особливості тазу породіллі нижче від площини розташування голівки плода.
6. Питання про доцільність проведення епізіотомії вирішується індивідуально (дані рандомізованих досліджень щодо необхідності рутинної епізіотомії відсутні (рівень доказовості В)).
7. Також немає даних про доцільність проведення антибіотикопрофілактики (рівень доказовості А).

### **Техніка проведення операції АЩ**

1. Уточнення акушерської ситуації.
2. Складання ложок щипців.
3. Уведення ложок щипців.
4. Замикання замка.



Малюнок 11. - Складання ложок щипців до операції



Малюнок 2. - Ліва ложка – у лівій руці, а права – у правій руці акушера

5. Пробна тракція.

6.Тракції. Напрямок усіх тракцій вказують відношенню стосовно вертикально стоячої жінки.

7. Зняття щипців.

### **Загальні правила накладання акушерських щипців**

**«Золотим стандартом» для накладання АЩ є три потрійних правила**

**Потрійне правило 1:** «Три зліва – три справа». Ліва ложка щипців уводиться лівою рукою у лівий бік таза, права ложка – правою рукою у правий бік.

**Потрійне правило 2.** Належить до введення і розміщення щипців.

1. Уведені ложки щипців повинні бути спрямовані вгору, у бік провідної точкию

2. Ложки повинні бути розміщенні біпаріетально, потрібно захопити голівку за найбільшою периферією, заходячи за тім'яні горби.

3. Провідна точка і вісь голівки лежать у площині замкової частини щипців.

**Потрійне правило 3.** «Три позиції – три тракції». Допомагає визначити напрямок тракції. Якщо голівка плода, розміщується в широкій частині порожнини таза, тракції спрямовані назад, вниз і вперед; у вузькій частині – вниз і вперед; при виході - вперед».

Загальні технічні прийоми співпадають з технікою використання при вихідних щипцях.

Вихідні щипці накладають на голівку, яка закінчила поворот: мале тім'ячко розташоване низько під симфізом, стрілоподібний шов – у прямому розмірі виходу з таза, голівка – на тазовому дні. Типові щипці накладають у



поперечному розмірі виходу з таза і на поперечний розмір голівки. Техніка накладання як «типових» так і «атипових» щипців включає такі моменти:

- введення ложок;
- замикання щипців;
- пробну тракцію;
- саму тракцію;
- зняття щипців.

Перед накладанням щипців потрібно провести вагінальне дослідження. Потрібно орієнтуватися на положення голівки в тазу, положення стрілоподібного шва і тім'ячок; визначити, місцезнаходження провідної точки, розкриття зіва матки, з'ясувати стан плодового міхура, причину припинення поступальних рухів голівки. Лише після внутрішнього дослідження лікар може виконувати операцію.

### **Введення ложок щипців**

Першою вводять ліву ложку. При замиканні щипців вона повинна знаходитися під правою. Щоб не помилитися під час вибору ложки, потрібно взяти за правило, перед уведенням скласти щипці (Малюнок 11), потім розмістити їх перед собою таким чином (Малюнок 12), щоб ліва і права ложки були поряд: ліва – зліва, права – справа. Потрібно пам'ятати, що головна частина замка завжди знаходиться на лівій ложці, яку й потрібно взяти лівою рукою, щоб з'єднати з правою ложкою. Крім того, гачки Буша у складених щипцях повинні бути спрямовані в різні боки.



Малюнок 13. - Уведення лівої ложки щипців.

Ліву ложку лівою рукою вводять у ліву половину таза. Ложку беруть так, як кулькову ручку. Перед уведенням лівої ложки для контролю й захисту м'яких частин піхви у лівий бік вводять ліву руку. При високому стоянні голівки необхідно ввести чотири пальці. Пальці вводять збоку і ззаду таким чином, щоб вони проникли якомога глибше, при цьому витягнутий під прямим кутом великий палець залишається попереду зовнішніх статевих органів. Кінчики пальців повинні заходити за тім'яні горби (Малюнок 13).

Пальці руки повинні контролювати правильний напрямок ложок стосовно до голівки, оберігати від защемлення слизову оболонку піхви, попереджати защемлення шийки матки.

Введення лівої ложки проводять таким чином. Лівою рукою беруть ліву ручку лівої ложки, кладуть нижнє ребро ложки в борозну між середнім та вказівним пальцями. При цьому задня частина нижнього ребра ложки щипців лежить на витягнутому великому пальці, кінець ложки, її верхівка повинні бути спрямовані наперед, у бік черевної стінки

матері; після введення ложки в статеві органи вісь щипців і вісь таза повинні збігатися.

При введенні ложки потрібно пам'ятати, що в щипцях, крім тазової кривизни, існує ще й головна кривизна. Це у свою чергу, диктує особливі прийоми для введення ложок: за наявності головної кривизни введення ложок щипців по боковій стінці піхви може мати наслідки: загнуті в середину верхівки ложок можуть поранити м'які частини голівки; захоплення голівки буде неідеальним, оскільки напрямок осі ложок не збігається з напрямком головної осі. При такому положенні щипці можуть зміститися. Крім того, може відбутися стиснення тканин, великих судин шийки плода, що є реальною загрозою життю плода. Тому введення ложок потребує деяких спеціальних прийомів, а виконання їх – деякого обґрунтування.

Захопивши ручку лівої ложки, після того як верхівка ложки нижнім ребром буде розміщена на витягнутому великому пальці, в борозну між середнім та вказівним пальцями, введеними в піхву правої руки, підіймають ручку ложки вгору, так щоб вона розмістилася паралельно правій паховій складці жінки. При такому прийомі передня третина ложки повинна збігатися із сагітальною площиною. Водночас головна кривизна щипців потребує, щоб при введенні ложок їх верхівки були підняті вгору, а ручки, навпаки, опущені вниз.

При введенні лівої ложки нижнє ребро лежить на великому пальці і в борозні між середнім та вказівним пальцями, введеними у піхву правої руки, при цьому ручка ложки піднята вгору майже паралельно правій паховій складці. При цьому ложку вводять у піхву вздовж долоні. Вводити ложку потрібно по боковій задній стінці таза. Випуклий бік ложки при цьому буде обернений в бік крижово-поздовжнього зчленування. Поступальні рухи ложка виконує завдяки своїй вазі. Великий палець правої руки,

знаходячись зовні, виконує легкі натискування на нижнє ребро ложки, зумовлюючи цим просування ложки в середину родового каналу. У мірі проникнення ложки в глибину її ручка поступово опускається вниз, до промежини, описуючи дугу по лінії тієї горизонтальної площини, на якій вона повинна зупинитися. У кінці цього моменту ручка лівої ложки настільки наближається до лівого стегна жінки, що майже збігається із сагітальною медіальною віссю тіла жінки. Пальцями внутрішньої руки акушер допомагає спрямовувати ложку вперед із розрахунку, що вона ляже на голівку збоку, в площині поперечного розміру виходу з таза. Таким чином, внутрішня частина ложки проходить від крижово-поздовжнього зчленування до бічної стінки таза (поворот навколо голівки по дузі не менше ніж  $45^{\circ}$ ). Про правильне положення ложки можна зробити висновок з того, що гачок Буша розміщений точно у поперечному розмірі виходу з таза. Введена ліва ложка повинна зайти за кінці пальців, знаходячись спереду від вуха плода. Якщо ложка введена достатньо глибоко, замок знаходиться близько до зовнішніх статевих органів. Ложку потрібно вводити повільно. Внутрішню руку можна вийняти лише тоді, коли ложка буде лежати на голівці в ідеальному захопленні.

Акушер передає помічникові ручку введеної ложки. Помічник стоїть зліва від жінки і тримає ручку рукою, проведеною під лівим стегном жінки. Він повинен тримати ручку ложки міцно, оскільки будь-якого роду зміщення, правильно накладеної ложки в подальшому можуть створювати труднощі.

Праву ложку щипців уводять так, як і ліву, правою рукою в праву половину таза, під захистом уведених у піхву пальців лівої руки (Малюнок 14). Права ложка щипців завжди повинна лежати на лівій.



Малюнок 14. - Уведення правої ложки щипців

При типових вихідних щипцях правильно накладений інструмент повинен захоплювати голівку через її вилично-тім'яну ділянку, щипці повинні лежати попереду вух. Це називається «ідеальним захватом». При цьому в ідеальній формі виконані всі три основні правила накладання щипців: щипці захоплюють найбільшу периферію голівки, верхівки ложок спрямовані вперед, у бік провідної точки, інструмент замикається таким чином, що провідна точка розміщена у площині щипців.

Замикання щипців є другим моментом операції. Окремо введені ложки повинні бути замкнуті, для того щоб виконати роль інструмента для захоплення і витягання голівки.



Малюнок 15. - Замикання ложок щипців

Залежно від положення провідної точки щипці можуть бути замкнуті:

- а) прямо на обличчя акушера;
- б) із підняттям наперед (догори) рукояток;
- в) з опущеними (донизу) назад рукоятками.

Якщо провідна точка повернута прямо до акушера, щипці повинні замикатись у тому самому напрямі. Якщо за цих умов замкнуті щипці з піднятими рукоятками догори, провідна точка опиниться поза площиною щипців, і вони будуть зісковзувати. Те саме буде при замиканні щипців із опущеними назад рукоятками.

Замикання щипців виконують таким чином. Кожну рукоятку щипців захоплюють однойменною рукою. Захопивши рукоятки, акушер кладе великий палець по всій передній поверхні рукоятки так, щоб його кінець розмістився на гачку Буша, а зовнішнє піднесення долоні лежало на

передньому кінці рукоятки. Променевий бік великих пальців буде лежати при цьому паралельно верхньому краю внутрішнього боку рукоятки щипців. У подальшому рукоятки злегка піднімають догори і, натискуючи ділянкою виступу зовнішнього краю долоні на кінці рукоятки, опускають їх донизу. У момент опускання рукояток намагаються замкнути ложки щипців, тобто з'єднати замкнуті частини інструменту. Для правильного замикання щипців потрібне суворо симетричне розміщення обох ложок. Такого розміщення можна досягти лише в тому випадку, якщо внутрішні гладкі поверхні рукояток розташовані паралельно одна одній, причому гачки Буша не лише лежать в одній горизонтальній площині, а й розміщені на одній прямій лінії (Малюнок 15). За відсутності цих умов замикання щипців буде неможливим. При правильному замиканні маленьке тім'ячко знаходиться у площині щипців (ідеальне захоплення через вилочково-тім'яну чи скронево-тім'яну ділянку). Якщо ускладнення при замиканні щипців полягає в тому, що ложки лежать не в одній площині, як наслідок цього замкові частини інструмента не збігаються між собою, то, натискуючи великими пальцями на бокові гачки Буша, зазвичай легко усунути це ускладнення. У тих випадках, коли одна ложка знаходиться дещо глибше від іншої, потрібно ложку, яка знаходиться глибше, настільки витягнути назовні, щоб гачки Буша збіглися один з одним. Ніколи не можна ложку, розміщену менш глибоко, проштовхувати всередину. Якщо щипці все ж не змикаються, потрібно обидві рукоятки щипців опустити дещо нижче в напрямі промежини. Зазвичай після цього замикання щипців проходить легко. Але якщо після цього прийому замикання ускладнилося, це означає, що неправильно накладені ложки. Необхідно ложки щипців вивести і накласти заново.

Замкнувши щипці, необхідно провести ретельне обстеження з метою виключення захоплення м'яких тканин

(піхви, шийки матки), ще раз переконатися, чи виконане третє потрійне правило, тобто чи спрямовані верхівки ложок уперед у бік провідної точки, чи захоплюють щипці невелику периферію голівки (у віконці ложок повинні бути тїм'яні горби) і, нарешті, чи розміщена провідна точка або вісь голівки у площині щипців.

### **Пробна тракція**

Наклавши щипці на голівку і замкнувши їх, акушер кладе праву руку на рукоятки, розміщуючи одночасно вказівний і середній пальці на гачках Буша. При такому розміщені рука, ложка, і голівка плода є однією системою, в якій рука є джерелом сили, щипці – передавачем цієї сили, а голівка – точкою її додатку. Щоб ця система працювала бездоганно, необхідна одна умова: усі ці елементи (рука, щипці та голівка) повинні складати ніби один нерозривний блок. Покладена на ручку і гачки Буша права рука повинна тримати щипці добре замкнутими і тим самим надійно фіксувати голівку, змушуючи її слідувати за рухами щипців. Відстань між рукою, яка лежить гачках Буша, і провідною точкою голівки повинна залишатися на весь час дії тракції однаковою. Це буде показником правильного функціонування блоку трьох складових елементів або бездоганної дії щипців. Якщо блок несправний, то зв'язок між рукою і голівкою порушується, відстань між ними почне збільшуватися, щипці будуть зісковзувати. Таким чином, щоб упевнитись у справності блоку чи системи, потрібно встановити, збільшується чи не збільшується під час тракції відстань між рукою і провідною точкою на голівці. Ця перевірка називається пробною тракцією.



### Техніка пробної тракції

Акушер кладе праву руку на ручку щипців, захоплює догори гачки Буша. Лівою рукою він ретельно перевіряє правильність накладених щипців. Після цього ліву руку кладе на праву, яка лежить на замку, таким чином, у лікаря ліва рука лежить догори правої, а витягнутий вказівний палець її стикається з голівкою у ділянці провідної точки. Тепер права рука, міцно стиснувши ложки в ділянці замка, робить обережно першу тракцію (Малюнок 16).



Малюнок 16. - Пробна тракція

За тракцією повинні йти щипці, розміщені догори ліва рука з витягнутим вказівним пальцем і голівка. Якщо під час тракцій голівка йде за щипцями, то вона повинна також йти за вказівним пальцем лівої руки, що буде свідчити про справність і цілісність блока. І навпаки, якщо під час тракцій відстань між вказівним пальцем лівої руки і провідною точкою голівки збільшується, це буде свідчити про

порушення блоку, в результаті цього в кінці кінців щипці почнуть зісковзувати.

Якщо при пробній тракції встановлена цілісність блоку і правильне положення щипців, можна переходити до наступного етапу – витягання голівки. Якщо ж пробна тракція показує, що блок порушений і втратив цілісність, голівка не йде за вказівним пальцем лівої руки, потрібно негайно виводити щипці й заново накладати їх.

### **Безпосередньо тракція**

Витягання голівки є наступним етапом операції. Тракцію проводять таким чином. Права рука, розміщена на ручці і в ділянці гачків Буша, робить енергійну тракцію, в той час як ліва рука розміщена догори, причому її вказівний палець розміщується в наявній біля замка ямці. Ліва рука при такому положенні надає під час тракцій енергійного сприяння правій (Малюнок 17).

Під час витягання голівки щипцями потрібно враховувати три моменти:

- а) спрямування тракції;
- б) силу, з якою потрібно виводити голівку;
- в) характер самих тракцій.



Малюнок 17. - Робочі тракції

Спрямування під час тракцій залежить від того, в якому відділі таза знаходиться голівка. При типових вихідних щипцях тракцію необхідно робити в третій позиції, знизу вверх, до спрямування на обличчя акушера, який сидить або стоїть перед породіллею.

При виведенні голівки щипцями має значення положення акушера під час операції.

Деякі акушери надають перевагу робити операцію сидячи. Більшість роблять виведення голівки стоячи, дещо витягнувши праву ногу наперед і відставивши ліву назад. При тракціях не рекомендується відхиляти тулуб назад (при зісковзуванні щипців можна впасти), руки потрібно розташовувати так, щоб плечові кістки були міцно притиснуті до боків грудної клітки.

Сила, яку потрібно затратити при виведенні голівки щипцями, теоретично тяжко піддається обліку. Вона повинна урівнюватися із силою акушера і наявним опором.

Завдання акушера під час виведення голівки полягає в тому, що за можливості наслідують природні перейми. Ці методи наслідування перейм зовні виражаються у вигляді тракцій; виведення щипцями повинне проходити не

безперервно, а з проміжками, як при фізіологічних переймах. Щоб кожна тракція походила на перейму, вона повинна починатися повільно з поступово наростаючою силою, і досягнувши максимуму, перейти, потроху згасаючи, у паузу.

Пауза між тракціями повинна бути достатньо тривалою: потрібно дати необхідний відпочинок м'яким тканинам пологового каналу, плода (вирівнюється серцебиття). Під час паузи необхідно послаблювати стискання голівки щипцями.

Характер тракцій при виведенні голівки у щипцях повинен бути особливим: не можна робити ні похитувальних, ні колових, ні маятникових рухів; у якому напрямі тракція почата, в такому вона й повинна бути закінчена.

Упродовж усієї операції акушер повинен стежити за тим, щоб не було порушення блоку, представленого рукою акушера, щипцями і голівкою плода. Якщо щипці лежать добре на голівці, охоплюючи її на невелику периферію (тім'яні горби), то ручки ложок знаходяться на однаковій відстані одна від одної. Зазвичай вони більше наближаються.

У результаті конструкції ложки щипців, як правило, відбуваються пружні рухи, як наслідок, голівка завжди піддається тиску. Щоб попередити зайвий тиск на голівку, зазвичай рекомендують закладати між ручками ложок складене в декілька шарів полотенеце.

### **Зісковзування щипців**

У поцесі робочих тракцій можливе виникнення загрозливих ознак – розходження ручок щипців. Якщо, не зважаючи на це, акушер буде продовжувати тракції, результат може бути несприятливим, особливо для матері. Розімкнувшись, ложки під час енергійної тракції раптово виводяться назовні пустими, мимо голівки і без голівки. Найчастіше у породіллі бувають такі ускладнення: розриви промежини, піхви, роздавлені тканини, розриви клітора, що

супроводжуються сильними кровотечами, тяжкі пошкодження прямої кишки.

Причинами зісковзування прийнято вважати недостатн захоплення голівки щипцями, неправильне замикання їх, тракцію в помилковій позиції і невідповідність голівки тазу. Розрізняють вертикальні і горизонтальні зісковзування.

Вертикальними називають такі зісковзування, коли верхівки ложок розходяться все більше і більше при тракції витягуються через голівку назовні. Як тільки вони пройшли через найбільшу периферію голівки (через тім'яні горби), пусті щипці показуються назовні.

При горизонтальних - щипці зісковзують не прямо через голівку, а ніби сповзають із голівки вперед або назад.

При перших ознаках зісковзування щипців потрібно негайно припинити тракцію, зняти і накласти їх знову.

### **Проведення голівки під симфізом**

Третім моментом біомеханізму пологів є розгинання голівки. Цьому розгинальному руху навколо підпотиличної ямки, зафіксованої під лобковим симфізом матері, повинне передувати щипцями тих рухів, які б долала голівка за нормальних умов.



Малюнок 18. - Проведення голівки під симфізом

Щипці разом із голівкою повинні долати рухи по дузі. Вони разом із голівкою весь час повинні змінювати спрямування, поступово просуваючись уперед і догори (Малюнок 18). Ці рухи по дузі можна розбити на три моменти: рух по горизонтальній лінії, рух під кутом 45 градусів, рух вертикально прямо догори.

Практично це долається так. Тракції проводять у горизонтальному напрямі до того часу, поки не видно буде потилиці і точка обертання (підпотилична ямка) не досягне нижнього краю симфізу. Необхідно однією рукою провести ретельне внутрішнє обстеження, щоб упевнитися, чи розміщена точка обертання під нижнім краєм симфізу. Якщо підпотилична ямка дійсно вже знаходиться під лобковим симфізом, здійснюють виведення голівки. Для цього акушер

стоїть справа від роділлі, нижче лівою рукою захоплює щипці нижче від гачків Буша. Руку кладе на замок таким чином, щоб два пальці лежали вище, а два – нижче від гачка Буша, поверненого у правий бік матері, великий палець лежить на протилежному боці. Права рука акушера повинна захищати промежину під час прорізування голівки (Малюнок 19).



Малюнок 19. - Захист промежини під час прорізування голівки

Можна ставати і з лівого боку від породіллі, захоплюючи щипці правою рукою, а лівою – захищати промежину. Для захисту промежини акушер кладе руку долонею на промежину так, щоб великий палець лежав на одному боці, а інші – на іншому боці. Потім лікар розпочинає поступове розгинання голівки. Повільно, легко підтягуючи щипцями голівку плода, акушер піднімає ручку щипців догори. Сила, спрямована на поворот голівки догори, повинна перевищувати силу тяжіння її назовні. Основну увагу необхідно звернути на попередження розриву промежини. Цу

вдається лише за умови двох моментів: голівку необхідно виводити, по-перше, через вульварне кільце дуже повільно і, по-друге, округлістю, що відповідає найменшому розміру. Ризик спонтанного розриву дуже великий, тому практично завжди проводять епізіотомію.

### **Зняття щипців**

Голівку виводить у щипцях. Далі щипці знімають. Після того як будуть зняті щипці, голівку виводить ручними прийомами. Щипці знімають так: обережно розмикають їх, розводячи ложки, беруть кожну ложку у відповідну однойменну руку і знімають так, як вони накладались, але в зворотному порядку, тобто права ложка, описуючи дугу, відводиться до лівого пахового згину, ліва – до правого. Ложки повинні ковзати при цьому плавно, без ривків (Малюнок 20).



Малюнок 20. - Зняття щипців



### **Можливі акушерські ситуації**

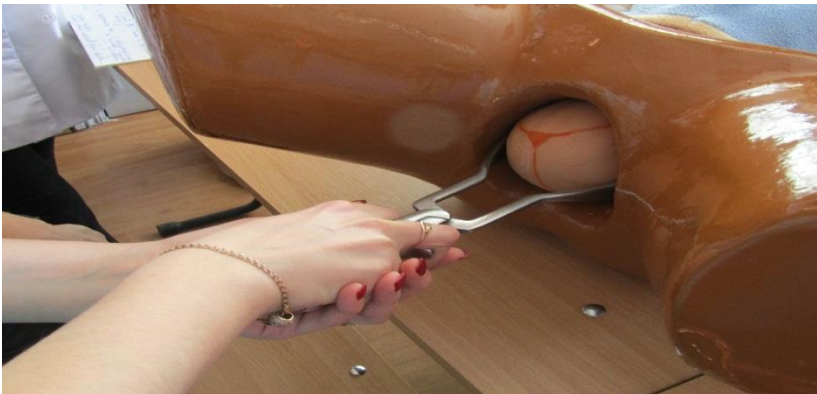
Залежать від висоти стояння голівки плода в тазу матері (площина виходу – вихідні АЩ, у порожнині малого таза – порожнинні АЩ), виду, позиції.

### **Потиличне передлежання в площині виходу малого таза, передній вид**

*Положення швів і тім'ячок:* Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко - під лоном, нижче від великого. Провідна точка – мале тім'ячко.

Анатомічні орієнтири таза матері не визначаються.

### **Накладання АЩ і тракції**



Малюнок 21. - Робочі тракції при потиличному передлежанні в площині виходу малого таза, передній вид

Щипці накладають у поперечному розмірі, ложки щипців проходять через вушка до підборіддя (верхівки ложок).



Малюнок 22. - Робочі тракції наперед при потиличному передлежанні у площині виходу малого таза, передній вид.

Тракції донизу проводять до того часу, поки точка фіксації – підпотилична ямка - не підійде під нижній край симфізу (Малюнок 21), потім – наперед (Малюнок 22).

### **Потиличне передлежання в площині виходу малого таза, задній вид**

#### *Положення швів і тім'ячок*

Стрілоподібний шов у прямому розмірі, під лоном – середина шва, мале тім'ячко – дозаду, до крижів. Провідна точка – середина між великим і малим тім'ячками, або задній край великого тім'ячка.

*Анатомічні орієнтири таза матері не визначаються.*

#### *Накладання АШ і тракції*

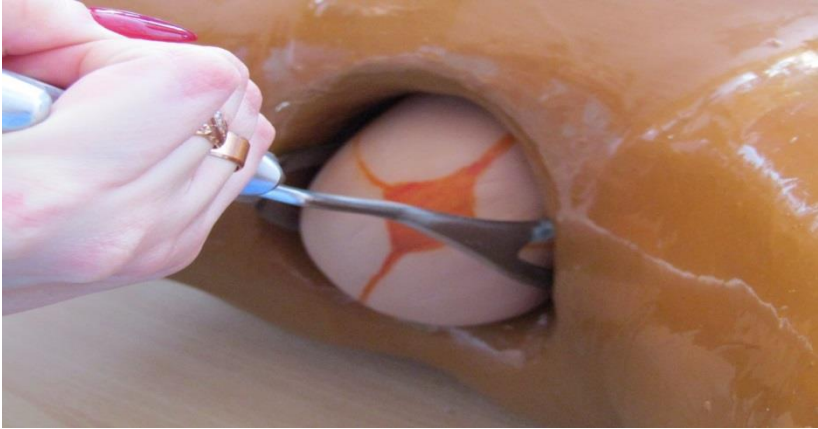
Щипці накладають так само, як і при передньому виді, але, враховуючи задній вид, ложки щипців повинні бути розміщені дещо дозаду і до крижів, лише тоді вони замкнуться.

*Тракції.* Найбільш раціональною методикою вилучення голівки при стоянні її потилицею назад є техніка, описана А. В. Ланковіцем. Завданням операції при задньому виді має бути, як і завжди, дотримання природного механізму народження плода. У зв'язку з цим ложки щипців повинні бути опущені перед замиканням гілок, щоб рукоятки були повернуті до малого тім'ячка (Малюнок 23).



Малюнок 23. - Робочі тракції вниз при потиличному передлежанні у площині виходу малого тазу, задній вид

Тракціями вниз і дещо назад під симфіз підводять ділянку великого тім'ячка (Малюнок 24). Наступними тракціями, спрямованими вперед, виводять потилицю з-під промежини; потім тракції спрямовують назад і з-під симфізу народжуються тім'я, лоб, обличчя.



Малюнок 24. - Робочі тракції вперед при потиличному передлежанні в площині виходу малого таза, задній вид

**Голівка плода знаходиться в площині вузької частини порожнини малого таза, перша позиція, передній вид**



Малюнок 25 - . Введення лівої ложки щипців

*Положення швів і тім'ячок*

Стрілоподібний шов знаходиться в правому косому розмірі, мале тім'ячко - зліва, ближче до лона, велике – справа біля крижів, вище малого.

Провідна точка розташовується на стріловидному шві (синклітичне вставлення) на межі між середньою та задньою третинами відстані між малим і великим тім'ячками.

*Анатомічні орієнтири таза матері* під час пальпації визначаються:

спереду – нижня і задня поверхні лобкового зчленування (приблизно чверть);

ззаду – крижово-куприкове сполучення і частина тіла 5-го крижового хребця, з боків – іноді верхівки сідничних остей.

При такій акушерській ситуації діаметром великого сегмента є малий косий розмір, точкою фіксації – підпотилична ямка.



Малюнок 26. - Ведення правої ложки

*Накладання АЩ і тракції.* Щипці накладають у лівому косому розмірі. Першою вводять ліву ложку щипців по бічній задній стінці таза (Малюнок 25), потім у праву половину таза

вводиться права ложка щипців, яка потім по периферії голівки внутрішньо лівою рукою переводиться вперед до положення, що дозволяє замкнути замок щипців, рукоятка правої ложки щипців розміщена вище від лівої (стосовно лежачої жінки), площина накладання щипців перпендикулярна до площини стрілоподібного шва.

Тракції проводять дозад (Малюнок 27), що забезпечує поступальний рух голівки плода пологовими шляхами, поворот стрілоподібного шва проти годинникової стрілки, мале тім'ячко підходить під лобкову дугу, далі донизу до досягнення точки фіксації – підпотиличної ямки, потім – уперед (Малюнок 28), голівка розгинається.



Малюнок 27. - Робочі тракції дозад



Малюнок 28. - Робочі тракції наперед

**Голівка плода знаходиться в площині вузької частини порожнини малого таза, друга позиція, передній вид**

*Положення швів і тім'ячок*

Стрілоподібний шов знаходиться в лівому косому розмірі, мале тім'ячко - справа біля лобка, велике – зліва до крижів, вище від малого, далі – все як і при першій позиції.



Малюнок 29. - Уведення лівої ложки щипців

*Накладання АЩ і тракції:* щипці накладають у правому косому розмірі. Першою вводять ліву ложку в ліву половину таза (Малюнок 29) і перекладають у передньобічний відділ таза по периферії голівки до положення, що дозволяє замкнути замок щипців (щипці будуть розміщені в косому розмірі, перпендикулярному до того, в якому розташований стрілоподібний шов).





Малюнок 30. - Уведення правої ложки щипців

Потім правою рукою в праву половину таза по бічній задній стінці, де більш просторо й вільно уводять праву ложку (Малюнок 30). При цьому рукоятку лівої ложки розміщують нижче, площина щипців перпендикулярна до площині стрілоподібного шва. Проводять пробну тракцію.



Малюнок 31. - Проведення пробної тракції

Тракції проводять дозад, стрілоподібний шов голівки повертається за годинниковою стрілкою, мале тім'ячко підходить під лобкову дугу (Малюнок 32), потім донизу, а далі - наперед.



Малюнок 32. - Проведення робочих тракцій (підведення під лобкову дугу)

**Голівка плода знаходиться у першій позиції та задньому виді потиличного передлежання**

Стрілоподібний шов розміщений у лівому косому розмірі малого таза, мале тім'ячко - зліва ззаду, велике – справа і допереду, сідничні ості досягаються. Щипці накладають у

правому косому розмірі таза. Тракції відбуваються донизу і ззаду (Малюнок 23) до фіксації переднього кута великого тім'ячка під нижнім краєм лобка, потім піднімають ручку щипців допереду і виводять потилицю (Малюнок 34), після цього голівку дещо розгинають і виводять з-під лобка чоло, обличчя та підборіддя.

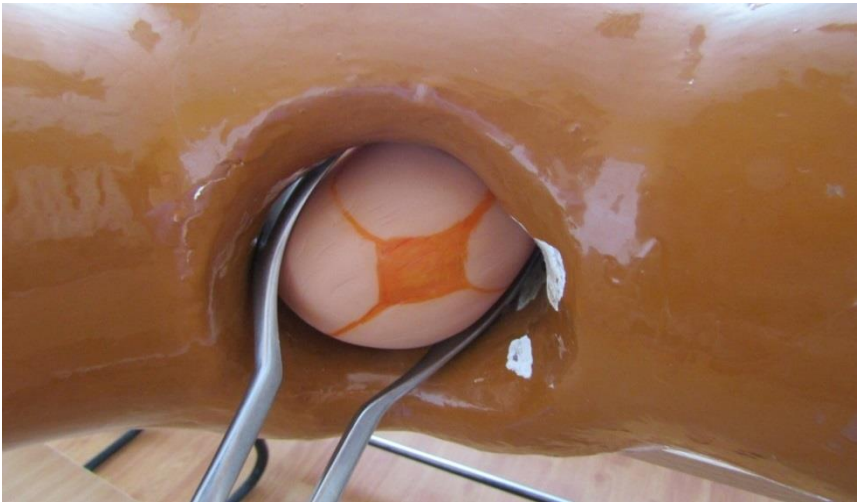


Малюнок 33. - Тракції донизу і ззаду при першій позиції та задньому виді потиличного передлежання

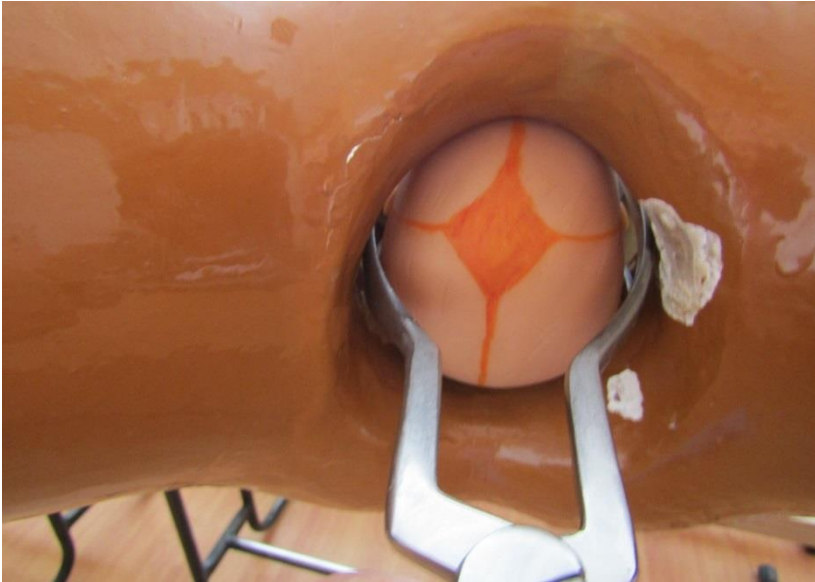


Малюнок 34. - Виведення потилиці плоду при першій позиції і задньому виді потиличного передлежання

**Голівка плода знаходиться в другій позиції та задньому виді потиличного передлежання**



Малюнок 35. - Тракції донизу і ззаду при другій позиції та задньому виді потиличного передлежання



Малюнок 36. - Виведення потилиці плода при другій позиції і задньому виді потиличного передлежання

Стрілоподібний шов розміщений у правому косому розмірі таза, мале тім'ячко – праворуч і ззаду, велике - зліва і спереду і знаходиться вище від малого, сідничні ості досягаються. Тракції проводять донизу і назад (Малюнок 35), одночасно відбувається поворот голівки в щипцях і стрілоподібний шов переходить у прямий розмір виходу таза (Малюнок 36). Далі всі маніпуляції проводять, як і при вихідних щипцях.

**Накладання акушерських щипців при поперечному стоянні стрілоподібного шва у площині виходу малого таза, перша позиція.**

*Положення швів і тім'ячок.* Стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі виходу малого таза, мале

тім'ячко - зліва, велике - справа, провідна точка – середина між малим і великим тім'ячками. Діаметр великого сегмента голівки – середній косий розмір.



Малюнок 37. - Введення лівої ложки щипців при поперечному стоянні стрілоподібного шва у площині виходу малого таза, перша позиція.

*Анатомічні орієнтири таза матері.* Стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі виходу малого таза, мале тім'ячко - зліва, велике - справа, провідна точка – середина між малим і великим тім'ячками. Під час пальпації визначаються: спереду нижній край і задня поверхня лонного зчленування, ззаду крижово-куприкове зчленування і поверхня тіла 5-го крижового хребця, з боків медіальні поверхні сідничних горбів, сідничні ості не досягаються.

*Накладання АЩ і тракції*

Щипці з тазовою кривизною для виконання операції незручні, краще використовувати щипці Кілланда з

незначною тазовою кривизною або прями щипці. Щипці накладають у лівому косому розмірі (Малюнок 37), ліва ложка лежить зліва ззаду, в ділянці крижово-клубового зчленування, її вводять першою відразу на місце. Друга ложка вводиться у правий задній відділ таза матері (Малюнок 38), потім правою рукою переводять по периферії голівки вправо і вперед до положення, що дозволяє замкнути замок щипців. Ліва ложка щипців лежить у скронево-вличній ділянці голівки плода ближче до вушної раковини, права ложка щипців знаходиться у скронево-вличній ділянці ближче до очної щілини. Ложки щипців через провідну точку спрямовують у бік підборіддя плода. Ложки замикають і проводять пробну тракцію (Малюнок 39).



Малюнок 38. - Уведення правої ложки щипців при поперечному стоянні стрілоподібного шва у площині виходу малого таза, перша позиція



Малюнок 39. - Ложки зімкнуті перед проведенням тракції при поперечному стоянні стрілоподібного шва у площині виходу малого таза, перша позиція

Під час тракцій донизу мають місце поступальний рух голівки плода пологовими шляхами і поворот стрілоподібного шва проти годинникової стрілки, мале тім'ячко підходить під лобкове зчленування; при підведенні під лобок потиличного бугра напрямок тракції – наперед, голівка розгинається і прорізується через м'які тканини середнім косим або прямим розміром.

**Поперечне стояння стрілоподібного шва у площині виходу малого таза, друга позиція.**

*Положення швів і тім'ячок.* Стрілоподібний шов знаходиться у поперечному розмірі виходу малого таза, мале тім'ячко - справа, велике - зліва, провідна точка - на стрілоподібному шві, на межі середньої і задньої третин між малим і великим тім'ячками. Голівка плода зігнута, діаметр великого сегмента голівки – середній косий розмір.



*Анатомічні орієнтири таза матері.* Під час пальпації визначаються ті самі орієнтири, що й при першій позиції.

*Накладання АЩ і тракції.* Першою вводять ліву ложку в лівий задній простір малого таза та лівою рукою по периферії голівки перекладають наперед до медіального краю лівого foramen magnum, щоб гачок Буша збігся з правим косим розміром, праву ложку вводять другою відразу в правий задній простір малого таза, її рукоятка повинна знаходитися поверх рукоятки лівої ложки щипців, щоб замок щипців зімкнувся. Ліва ложка щипців проходить через провідну точку голівки плода в скронево-вличну ділянку в напрямку до підборіддя плода і розміщується ближче до лівої очної щілини, а права ложка розміщується ближче до вушної раковини плода (правої). Ложки замикають і проводять пробну тракцію (Малюнок 40).



Малюнок 40. - Ложки зімкнуті перед проведенням тракції при поперечному стоянні стрілоподібного шва у площині виходу малого таза, друга позиція

Тракції проводять аналогічно таким у першій позиції (див вище). Поворот стрілоподібного шва відбувається за годинниковою стрілкою в міру просування голівки плодапологовими шляхами. При підведенні під лобок підпотиличного бугра тракції проводять наперед і голівка розгинається та прорізується через м'які тканини середнім косим розміром.

**Лицеве передлежання, задній вид (підборіддя плода допереду), голівка плода в площині виходу малого таза.**

*Положення розпізнавальних точок.* Провідна точка – підборіддя, діаметр великого сегмента – вертикальний розмір голівки. Лицьова лінія знаходиться в прямому розмірі виходу малого таза.

*Анатомічні орієнтири таза матері.* При пальпації визначаються спереду нижній край і частина задньої поверхні лобкового зчленування, ззаду – нічого, з боків – медіальні поверхні сідничних горбів.

*Накладання АШ і тракції.* Першою вводять ліву ложку в ліву половину малого таза лівою рукою, другою вводять праву ложку у праву половину таза правою рукою. Щипці накладають у поперечному розмірі площини виходу малого таза, верхівки ложок спрямовані у бік потилиці, заходячи за тім'яні горби, ложки лежать на виличних і скроневих кістках між вушними раковинами та очними щілинами голівки плода, підборіддя плода лежить у площині щипців, для цього рукоятки щипців піднімають догори, замикають ложки щипців.



Малюнок 41. - Тракції донизу при задньому виді лицьового передлежання

Тракції проводять донизу, поки шия не підійде під симфіз (Малюнок 41), потім вперед (малюнок 42), поки не народиться голівка плода.



Малюнок 42. - Тракції вперед при задньому виді лицьового передлежання

## **Передньоголовне вставлення, голівка плода в площині виходу малого таза.**

*Положення розпізнавальних точок:* провідна точка – задній край великого тім'ячка, діаметр великого сегмента – прямий розмір голівки.

*Накладання АЩ і тракції,* як і при задньому виді потиличного вставлення.



Малюнок 43. - Тракції донизу при передньоголовному вставленні

### **Ускладнення під час операції накладання АЩ**

1. Вертикальне і горизонтальне зісковзування ложок щипців.
2. Пошкодження м'яких тканин пологового каналу і суміжних органів: шийки матки, піхви, промежини, прямої кишки, сечового міхура. Можливий розрив матки.
3. Розрив лобкового зчленування.

4. Пошкодження у плода: садна м'яких тканин голівки плода, кефалогематоми, підапоневротична гематома, перелом кісток черепа, пошкодження лицьового нерва.

5 Дистоція плечиків.

6. Порошення сечовипускання у породіллі.

**! Контроль діурезу в післяопераційний період після операції акушерських щипців при вагінальних пологах обов'язковий (особливо у жінок із регіонарною анестезією).**

**! При затримці сечовипускання (атонія сечового міхура) – контроль діурезу і залишкової сечі з подальшим медикаментозним і фізіотерапевтичним лікуванням !**

**Накладання АЩ вважається невдалим при:**

1. Голівка плода при кожній тракції не просувається вперед.

2. Плід не народжується після трьох тракцій за відсутності його опускання або через 30 хвилин від початку операції. **Не продовжуйте процедуру, якщо немає опускання при кожній тракції.**

3. Кожне накладання щипців необхідно розглядати як спробу.

4. Якщо не вдається провести розродження накладанням щипців, необхідно провести кесарів розтин. Симфізіотомія не є виходом із ситуації.

## Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Роділля у другому періоді пологів. Скарги на періодичні болі в потилиці, ділянки чола та надчеревній ділянці. Мають місце набряки обличчя, ніг і статевих органів. АТ на обох руках 180/100 мм рт. ст. Голівка плода - в порожнині малого таза. Яка подальша тактика?

A. Накладання щипців за Уолт-Івановим.

B. Кесарів розтин.

**C. Пологи закінчити накладанням порожнинних акушерських щипців.**

D. Плордоруїнівна операція.

E. Стимуляція пологової діяльності.

2. Першовагітна, термін вагітності – 41-42 тижні. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Розміри таза: 23–26–29–18, окружність живота – 102 см, ВДМ – 40 см. І період пологів триває 8 годин. Серцебиття плода – 160 уд. за хв., чітке, ритмічне. Контракційне кільце косе, на рівні пупка, ознака Вастена (--). Вагінально: відкриття маткового зіву повне, голівка у вузькій частині порожнини таза. Яка тактика ведення пологів?

A. Посилення пологової діяльності.

B. Кесарів розтин.

C. Плордоруїнівна операція.

D. Ведення пологів через природні пологові шляхи.

**E. Пологи закінчити накладанням порожнинних акушерських щипців**

3. У пологовий будинок доставлена вагітна 31 року. Вагітність – 4-та, доношена. Пологи II, другий період. Навколоплідні води відійшли через дві години після початку

пологової діяльності. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, розташована у порожнині малого таза. Серцебиття плода – 190 уд. за 1 хв., чітке, аритмічне. Вагінально: відкриття маткового зів повне, голівка у вузькій частині порожнини таза. Яка тактика ведення пологів?

**A. Пологи закінчити накладанням порожнинних акушерських щипців**

B. Декапітація плоду.

C. Класичний акушерський поворот із подальшою екстракцією плода за ніжку.

D. Кесарів розтин.

E. Подальше консервативне ведення пологів.

4. Першороділля, розміри таза: 23–26–29–17 см. Індекс Соловійова - 15 см. Пологова діяльність активна. Розкриття шийки матки повне. Плідний міхур цілий. Голівка у вузькій частині порожнини таза. Мис не досягається. Діагональна кон'югата 10 см. Маса плода 4 кг. Яка тактика лікаря?

A. Провести кесарів розтин.

B. Консервативне ведення пологів.

**C. Провести амніотомію, накласти акушерські щипці.**

D. Накласти акушерські щипці.

E. Провести плодоруйнівну операцію.

5. Першороділля, 28 років, із преєклампсією тяжкого ступеня. Розміри таза: 26–28–31–21 см. Положення плоду поздовжнє, передлежить голівка, знаходиться у порожнині малого таза. Серцебиття плода – 170 уд. за 1 хв, чітке, ритмічне. Вагінально: відкриття маткового зів повне, голівка у вузькій частині порожнини таза. Яка тактика ведення пологів?

**A. Пологи закінчити накладанням порожнинних акушерських щипців.**

В. Пологи закінчити накладанням вихідних акушерських щипців.

- С. Провести вакуум-екстракцію плода.
- Д. Пологи закінчити операцією кесарева розтину.
- Е. Шкірно-головні щипці за Івановим.

6. Вагітна в терміні 39 тижнів скаржиться на переймоподібні болі внизу живота, відсутність рухів плода. Вагітність проходила на фоні прееклампсії легкого ступеня. Положення плода поздовжнє. Голівка - в порожнині малого таза. Серцебиття плода – 180 уд. за 1 хв., чітке, аритмічне. Вагінально: відкриття маткового зів повне, голівка в площини виходу із малого таза. Яка тактика ведення пологів?

А. Консервативне ведення пологів із захистом промежини.

- В. Накласти вихідні акушерські щипці.**
- С. Плродоруйнівна операція.
- Д. Кесарів розтин.
- Е. Консервативне ведення пологів з епізіотомією.

7. Роділля доставлена у пологове відділення із сильними переймами. Діагностовано головне вставлення плода. Матка болюча в нижньому сегменті. Серцебиття плода 80 уд. за 1 хв., аритмічне Під час піхвового дослідження: шийка матки згладжена, маткове вічко відкрите до 10 см, на голівці визначається велике тім'ячко і частина стрілоподібного шва. Що робити?

- А. Акушерські щипці.**
- В. Кесарів розтин.
- С. Поворот плода на ніжку.
- Д. Епізіотомія.
- Е. Плродоруйнівна операція.



8. У породіллі під час піхвового дослідження: відкриття маткового зів повне, діагностовано передній вид лицьового передлежання, підборіддя повернуто до лобка. Безводний період становить 18 годин. Серцебиття плоду аритмічне, 70 уд. за 1 хв. Який спосіб розродження необхідно застосувати в цій ситуації?

- А. Кесарів розтин із відмежуванням черевної порожнини.
- В. Продовжити консервативне ведення пологів.
- С. Накласти акушерські щипці.**
- Д. Провести краніотомію.
- Е. Провести декапітацію.

## **ЗРАЗОК ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ ДО ТЕМИ**

1. Нижня частина щипців називається:

- А. Ложкою.**
- Б. Рукояткою.
- В. Замком.

2. Верхня частина щипців називається:

- А. Ложкою.
- Б. Рукояткою.**
- В. Замком.

3. Середня частина щипців називається:

- А. Ложкою.
- Б. Рукояткою.
- В. Замком.**

4. Загальна довжина акушерських щипців:

- А. 30 см.
- Б. 35 см.**
- В. 45 см.

5. Вага акушерських щипців:

А. 350 г.

**Б. 500 г.**

В. 700 г.

6. На ложці розрізняють такі види кривизни, крім:

А. Головної.

**Б. Провідної.**

В. Тазової.

7. Відстань між віддаленими точками головної кривизни:

А. 5 см.

**Б. 8 см.**

В. 10 см.

8. В Україні найпоширеніші щипці:

А. Лазаровича.

Б. Пайпер.

**В. Сімсона - Феноменова.**

9. У щипцях Сімсона - Феноменова тип замка:

А. Рухомий.

Б. Нерухомий.

**В. Напіврухомий.**

10. На голівку, що перебуває у площині виходу з малого таза, накладаються:

А. Порожнинні щипці.

**Б. Вихідні щипці.**

В. Високі щипці.

11. На голівку, що перебуває у вузькій частині малого таза, накладаються:

**А. Порожнинні щипці.**

Б. Вихідні щипці.

В. Високі щипці.

12. На голівку, що перебуває в порожнині малого таза, накладаються:

**А. Порожнинні щипці.**

Б. Вихідні щипці.

В. Високі щипці.

13. До показань щодо накладання акушерських щипців із боку матері відносять:

А. Дистрес плода.

Б. Неможливість народження голівки шляхом кесарева розтину.

**В. Вторинну слабкість пологової діяльності.**

14. До показань щодо накладення акушерських щипців із абоку плода відносять:

**А. Дистрес плода.**

Б. Тяжкі форми гестозів.

В. Вторинну слабкість родової діяльності.

15. До необхідних умов накладання щипців не відносять:

А. Наявність живого плода.

Б. Повне відкриття маткового зів.

**В. Припинення пологової діяльності.**

16. До необхідних умов накладання щипців не відносять:

А. Розташування голівки в порожнині малого таза.

Б. Достатні розміри таза.

**В. Гарний рівень пологової діяльності.**

17. У накладанні акушерських щипців першим моментом є:

- А. Замикання щипців.
- Б. Пробна тракція.
- В. Зняття щипців.
- Г. Уведення ложок.**

18. У накладанні акушерських щипців моментом є: другим

- А. Замикання щипців.**
- Б. Пробна тракція.
- В. Зняття щипців.
- Г. Уведення ложок.

19. У накладанні акушерських щипців третім моментом є:

- А. Замикання щипців.
- Б. Пробна тракція.**
- В. Зняття щипців.
- Г. Уведення ложок.

20. У накладанні акушерських щипців четвертим моментом є:

- А. Замикання щипців.
- Б. Пробна тракція.
- В. Зняття щипців.**
- Г. Уведення ложок.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстрагенитальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян, И. Т. Рябцева. – Нижний Новгород : Изд-во НГМА, 2003. – 184 с.

2. Айламазян Э. К. Акушерство / Э. К. Айламазян. – Санкт-Петербург : Специальная литература, 1998. – 439 с.
3. Акушерство : учеб. пособие / под. ред. В. И. Ельцова-Стрелкова, Е. В. Мариева. – Москва : Изд-во ШДН, 1987. – 296 с.
4. Васильева Л. Н. Влагилищные родоразрешающие операции : оптимизация подходов / Л. Н. Васильева // Медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 52–54.
6. Ведение беременности и родов высокого риска / под ред. Т. Ю. Пестриковой, Т. В. Чичковой. – Москва, 1994. – 351 с.
7. Гипертоническая болезнь у беременных / Под ред. А. Г. Коломийцева, Л. Б. Гутман, Ю. В. Мельник, И. М. Меллина. – Киев : Здоровье, 1988. – 188 с.
8. Голота В. Я. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода / В. Я. Голота, В. Е. Радзинский, Г. Т. Сонник – Киев : Здоровье, 1985. – 120 с.
9. Жордания И. Ф. Учебник акушерства / И. Ф. Жордания. – М. : Медицина, 1964. – 200 с.
10. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія. Книга I : Акушерство : підруч.. / В. М. Запорожан. – Київ: Здоров'я, 2000. – 432 с.
11. Краснопольский В. И. Место абдоминального и влагилищного оперативного родоразрешения. Реальность и перспективы / В. И. Краснопольский, Л. С. Логутова, В. А. Петрухин и др. // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 4–8.
12. Кулаков В. И. Экстренное родоразрешение / В. И. Кулаков, И. В. Прошина. – Нижний Новгород, 1997. – 211 с.
13. Ланковиц А. В. Операция наложения акушерских щипцов / А. В. Ланковиц – Москва : Медгиз, 1956. – 105 с.
14. Малиновский М. С. Оперативное акушерство / М. С. Малиновский. – Москва : Медицина, 1972. – 365 с.

15. Малевич Ю. К. Репродуктивное здоровье / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак, Д. Г. Мамайло // Восточная Европа. – 2013. – № 1. – С. 95–100.

16. Медведь В. И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных : монография / В. И. Медведь. – Киев: Авиценна, 2004. – 168 с.

17. Михайленко Е. Т. Беременность и роды при хронических заболеваниях гепатобилиарной системы / Е. Т. Михайленко. – Киев : Здоровье, 1990. – 181 с.

18. Практическое акушерство : Руководство для врачей. – Москва : Медицина, 1989. – 512 с.

19. Петченко А. И. Акушерство / А. И. Петченко. – Москва : Медгиз, 1963. – 210 с

20. Серов В. М. Руководство по практическому акушерству / В. М. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин. – Москва : МИА, 1997. – 563 с.

21. Серов В. Н. Практическое акушерство : Руководство для врачей / В. М. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин. – М. : Медицина, 1989. – 512 с.

22. Сидорова И. С. Руководство по акушерству : учебное пособие / И. С. Сидорова, В. И. Кулаков, И. О. Макаров. – Москва : Медицина, 2006. – 240 с

23. Практические навыки по акушерству и гинекологии / Л. Я. Супрун, Т. С. Дивакова, Л. Д. Ржеуская, С. Н. Занько. – Минск : Новое знание, 2002. – 166 с.

24. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – Москва : «Триада-Х», 1999. – 880 с.

25. Шехтман М. М. Неотложная помощь при экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – М. : Медпресс-информ, 2004. – 203 с.

26. Цовьянов Н. А. К технике наложения акушерских щипцов / Н. А. Цовьянов. – Москва : Медгиз, 1963. – 173 с.

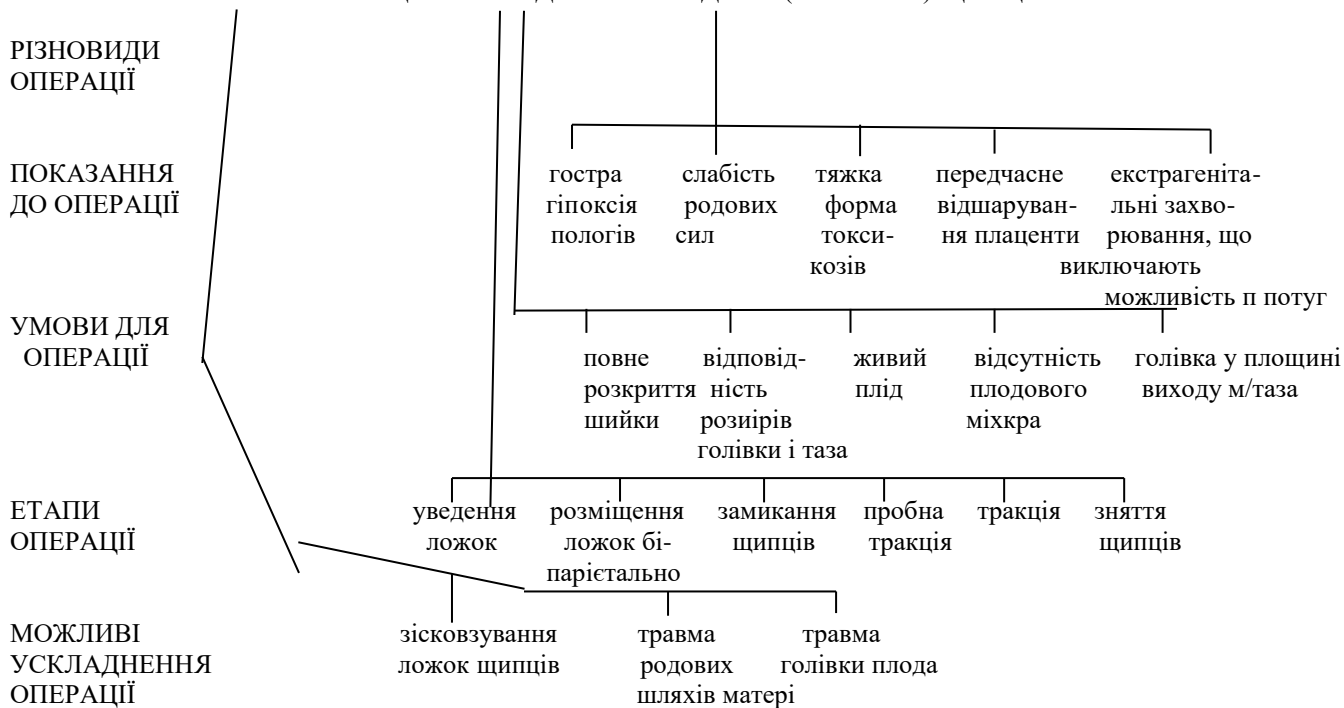
27. Экстрагенитальная патология и беременность.  
Практическое руководство / под ред. З. Ш. Гилязутдиновой. –  
Москва : ООО «МЕДпресс», 1998. – 517 с.





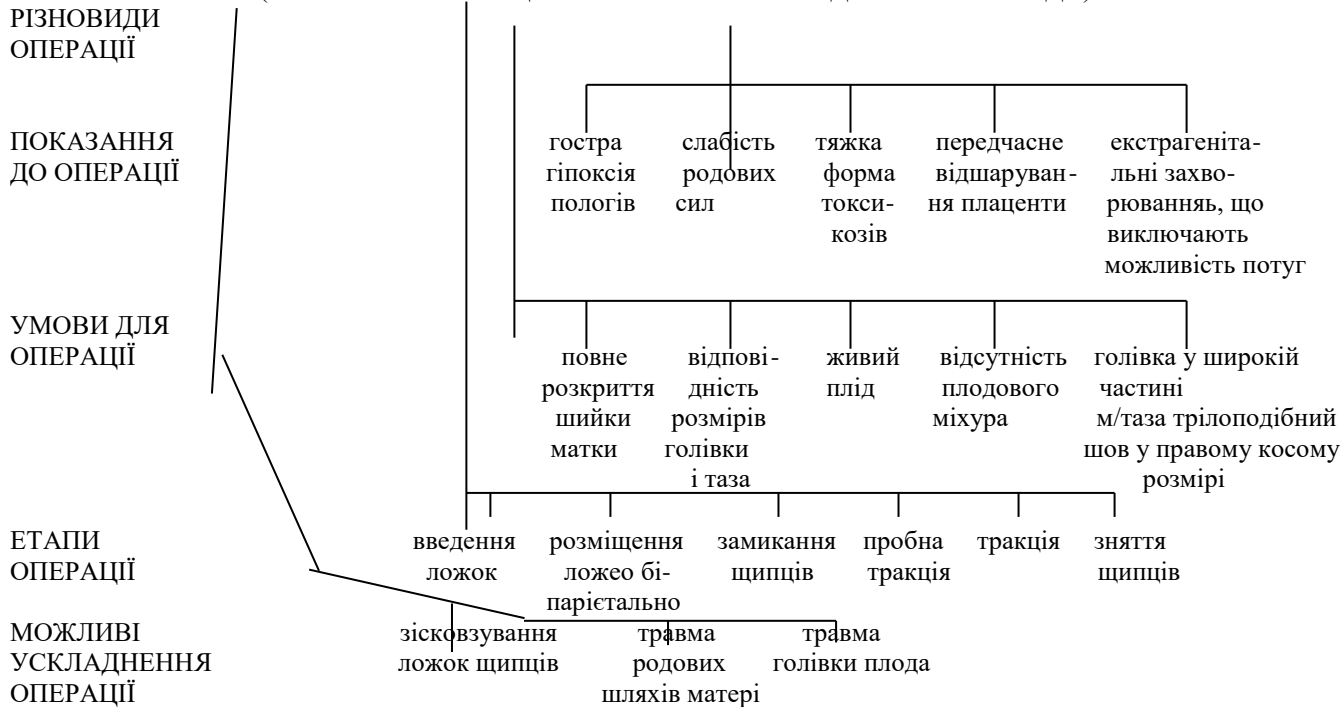
## ДОДАТОК А (ОБОВ'ЯЗКОВИЙ)

### ОПЕРАЦІЯ НАКЛАДАННЯ ВИХІДНИХ (ТИПОВИХ) ЩИПЦІВ



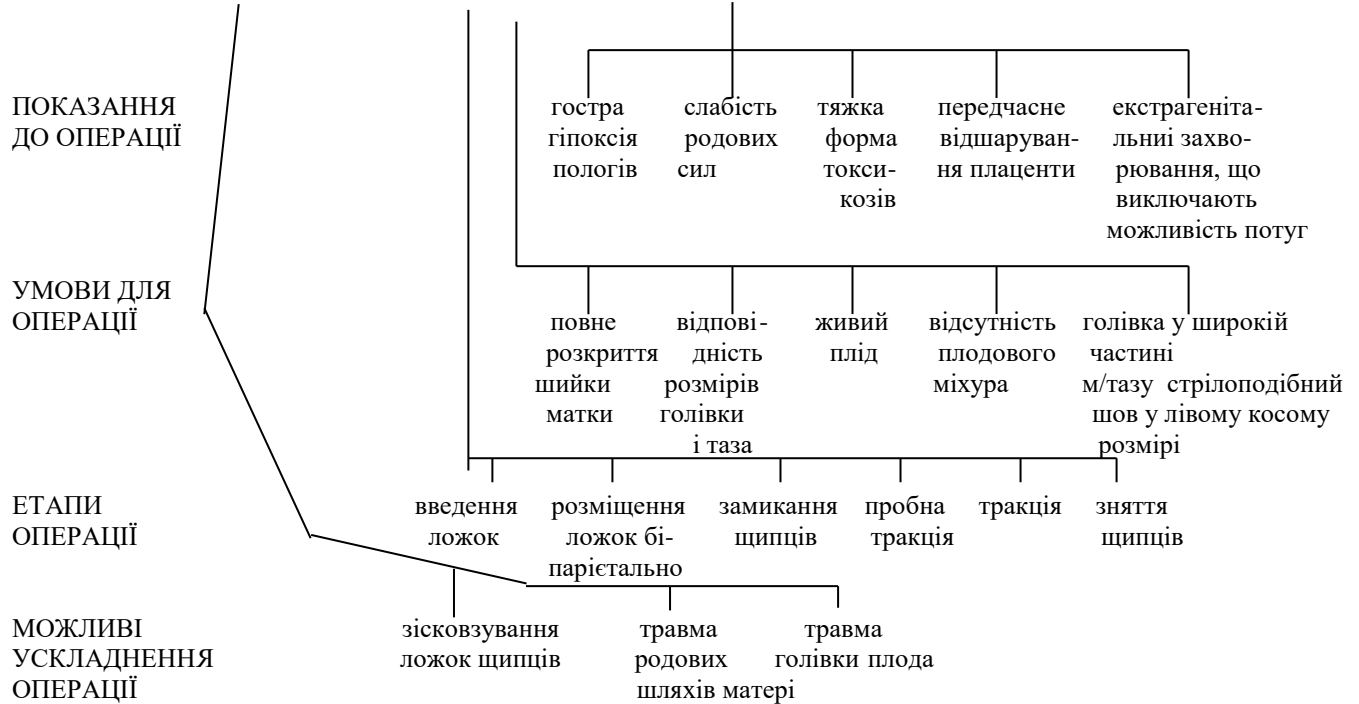
## ДОДАТОК Б (ОБОВ'ЯЗКОВИЙ)

### ОПЕРАЦІЯ НАКЛАДАННЯ ПОРОЖНИННИХ (АТИПОВИХ) ЩИПЦІВ (ПРИ ПЕРШІЙ ПОЗИЦІЇ ПОТИЛИЧНОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА)



**ДОДАТОК В  
(ОБОВ'ЯЗКОВИЙ)**

**ОПЕРАЦІЯ НАКЛАДАННЯ ПОРОЖНИННИХ (АТИПОВИХ) ЩИПЦІВ  
(ПРИ ДРУГІЙ ПОЗИЦІЇ ПОТИЛИЧНОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА)**



## ДОДАТОК В (ОБОВ'ЯЗКОВИЙ)

### Анатомічні орієнтири таза матері в залежності від позиції голівки плода

Голівка малим сегментом	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Над лобком визначається більша частина голівки.</li><li>2. Визначаються середня і нижня частини лобкової кістки.</li><li>3. До мису (якщо досягається) можна досягнути лише зігнутим пальцем за голівкою.</li><li>4. Передня частина крижа доступна не вся.</li><li>5. Голівка фіксована до входу в малий таз</li></ol>
Голівка великим сегментом у вході в малий таз	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Більша частина голівки не визначається.</li><li>2. Визначаються нижній і середній край лобкової кістки.</li><li>3. Досягається нижня частина крижової впадини ( 4-й і 5-й крижові хребці).</li><li>4. Сідничні ості визначаються</li></ol>
Голівка в широкій порожнині малого таза	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Під час зовнішнього дослідженні визначається лише шийно-плечова ділянка плода.</li><li>2. Досягається лише нижній край лобкової кістки.</li><li>3. Досягається лише нижня частина крижової впадини ( 4-й і 5-й крижові хребці).</li><li>4. Сідничні ості визначаються.</li></ol>
Голівка у вузькій порожнині малого таза	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Голівка над лоном не визначається, визначається лише шийно-потилична ділянка.</li><li>2. Лобкова та крижова кістки не досягаються.</li><li>3. Важко досягається крижово-куприкове сполучення.</li><li>4. Сідничні ості не визначаються.</li><li>5. Стрілоподібний шов у косому розмірі ближче до прямого.</li></ol>
Площина виходу	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Голівкою виповнена вся крижова впадина.</li><li>2. Сідничні ості, крижово-куприкове сполучення, лобкова кістка не досягаються.</li></ol>



Навчальне видання

**Бойко Володимир Іванович,  
Сухарєв Анатолій Борисович**

# **Акушерські щипці**

Навчальний посібник

Художнє оформлення обкладинки А. Б. Сухарєва  
Редактор С. М. Симоненко  
Комп'ютерне верстання Л. Л. Стасюк

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 6,74. Обл.-вид. арк. 5,89.

Видавець і виготовлювач  
Сумський державний університет,  
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.