**Контрольна робота**

**Тема:** Акушерська операція - накладання акушерських щипців

**акушерський щипці операція пологи травматизм**

**План**

1. Операція - накладання акушерських щипців

2. Показання до накладання акушерських щипців

.1 Показання до накладання щипців з боку матері

3. Ускладнення при операції накладання акушерських щипців

. Види акушерського травматизму для матері та новонародженого

4.1 Види акушерського травматизму для матері

.2 Види акушерського травматизму для новонародженого

Список літератури

**1. Операція - накладання акушерських щипців**

В тих випадках, коли родові сили недостатні для народження дитини, або є загроза для матері та плоду і необхідно швидко закінчити пологи, доводиться використовувати інструментарій, який носить назву акушерські щипці. Метою операції накладання акушерських щипців є витягання плода за голівку у відповідності з природним родовим механізмом.

Акушерські щипці (forceps) були винайдені ще в XVII сторіччі Чемберленом, але він не оприлюднив свій винахід і тому приоритет відкриття акушерських щипців надається женевському хірургу і анатому Пальфіну. В Росії щипці вперше наклав професор Московського університету Еразмус в 1765 році.

Впровадженню цієї операції в акушерську практику сприяв перший вітчизняний учений акушер Н.М.Максимович-Амбодик.

Найпоширенішою моделлю є англійські щипці Симпсона-Феноменова. Це короткі щипці із тазовою кривизною, яка відповідає кривизні провідного пологового каналу, і головною кривизною, яка призначена для захоплювання голівки плода. В кожній бранші (частіше їх називають ложками) щипців розрізняють три частини: верхню або власне ложку, середню, або замок, і нижню, або чепігу. Ложка має овальний отвір, довжиною 11см і шириною 5см. Віконце обрамоване ребрами (верхнім і нижнім), що закругляються вгорі. При зведених замках верхівки щипців знаходяться на відстані 2,5см одна від одної, а відстань між найвіддаленішими точками головної кривизни становить 8см, що відповідає великому поперечному розміру голівки з урахуванням її конфігурації.

На другому кінці ложки є чепіга, один край якої (внутрішній) - плоский, а другий (зовнішній) - ребристий. На зовнішній поверхні чепіг біля замка є так звані крючки Буша. Внутрішній край чепіги при змиканні ложок стискаються один з другим, а виступи на зовнішніх краях є опорою для пальців рук акушера. Обидві ложки мають в середині замок, за допомогою якого вони замикаються. Щипці мають вагу 500г, а довжину 35см. (Мал. 1.)



Мал. 1. Акушерські щипці

Бранші щипці розрізняють за наступними признаками:

на лівій бранші замок і пластина замка знаходиться зверху, а на правій - знизу;

якщо покласти щипці на стіл (верхівки направлені вгору), то крючки Буша і ребристі виступи на чепізі лівої бранші будуть знаходитися ліворуч, а на правій - праворуч.

Щипці повинні бути тільки захоплюючим і тягнучим інструментом, який підсилює або заміняє недостатню або відсутню vis a tegro (діючу силу з тилу).

Операція накладання акушерських щипців може бути двох видів: вихідні та порожнинні.

Вихідні щипці накладають на голівку, що стоїть у площині виходу тазу. При зовнішньому акушерському дослідженні над входом в таз голівка не пальпується. Шийна борозна не визначається. Голівка закінчила внутрішній поворот (rotacio), досягла тазового дна, diametr bitemporalis нижче площини вузької частини порожнини тазу. Голівка виповнює всю порожнину тазу. Сагітальний шов стоїть в прямому розмірі виходу тазу.

Порожнинні щипці використовують, якщо голівка стоїть у вузькій частині порожнини таза. При зовнішньому акушерському дослідженні голівка над входом в таз не визначається. Шийна борозна на висоті симфізу (врівень). При піхвовому дослідженні сідничні ості (spinae ossis ischii) не досягаються. Дві верхні третини поверхні крижів і вся поверхня симфізу виповнені головкою. Біпарієтальний діаметр займає площину вузької частини порожнини малого таза. Голівка не закінчила внутрішній поворот. Сагітальний шов стоїть в одному із косих розмірів тазу, близько до прямого.

**2. Показання до накладання акушерських щипців**

Показання до накладання акушерських щипців пов’язані із захворюваннями і ускладненнями, які вимагають швидкого закінчення пологів в інтересах матері і плода.

**2.1 Показання до накладання щипців з боку матері**

- слабкість родової діяльності при тривалому знаходженні головки в одній площині тазу і відсутність

ефекту від медикаментозної стимуляції;

ендометрит під час пологів;

тяжкі захворювання серцево-судинної системи, легень, печінки, нирок, органів зору, що потребують виключення від фізичного напруження жінки в пологах;

тяжкі форми гестозів;

передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;

інші стани жінки, які потребують термінового розродження.

**2.2 Показання до накладання щипців з боку плода**

- гіпоксія ІІ-ІІІ ступеня тяжкості, що може виникати в пологах при випадінні і передавлюванні петлі пуповини, оболонковому її прикріпленні, обвиті пуповиною частин плоду при натягуванні, зв’язку з кровотечею при передчасному відшаруванні чи частковому передлежанні плаценти, або внаслідок інших причин.

Умови для накладання щипців:

живий доношений плід;

голівка плода має відповідати середнім розмірам;

плодовий міхур повинен бети розтинутим, а оболонки заправлені зо голівку плоду;

повне розкриття шийки матки;

відповідність між розмірами тазу і голівки;

спорожнений сечовий міхур;

голівка плода повинна бути розміщена у виході таза, або у площині вузької частини порожнини таза;

анестезія повинна бути адекватною;

акушер повинен бути компетентним у застосуванні щипців.

Знеболювання може бути загальним або місцевим (пудендальна анестезія 0,5% розчином новокаїну по 60мл з кожної сторони). Вибір знеболювання залежить від можливостей акушерського стаціонару, а також від показань щодо накладання акушерських щипців.

**3. Ускладнення при операції накладання акушерських щипців**

1. Introitus vaginae іноді може бути дуже вузьким, що не дозволяє ввести пальці контрольної руки. В таких випадках ще до початку операції необхідно розширити вхід до піхви піхвово-промежинним розтином.

. Іноді труднощі при введенні ложок можуть бути викликані значною конфігурацією голівки і невідповідністю головної кривизни ложок до сферичної окружності голівки.

. В деяких випадках можуть виникати труднощі при замиканні щипців. Це буває, коли ложки лежать не в одній площині. В такому разі виправлення їх положення здійснюється тією ложкою, що знаходиться нижче, щоб щипці не виявилися накладеними надто низько.

. Щипці можуть зісковзнути або прямо вперед (вертикальне зісковзування), або донизу (горизонтальне зісковзування). Необхідно терміново зняти щипці і накласти їх знову.

. Іноді виникають труднощі при витяганні голівки плода через щільність піхви.

Ускладнення при накладанні акушерських щипців

. Пошкодження родових шляхів матері:

розрив промежини, стінок піхви, шийки матки;

розходження лобкового сполучення;

утворення піхвово-міхурової, піхвово-прямокишкової нориць;

ураження периферичних нервів.

. Пошкодження плода:

травмування м’яких тканин плода;

скальповані рани голівки плода;

ураження лицьового нерва;

пошкодження кісток: від здавлювання до переломів включно;

стиснення мозку;

крововилив в черепну порожнину.

**4. Види акушерського травматизму для матері та новонародженого**

**.1 Види акушерського травматизму для матері**

Під час пологів нерідко відмічаються розриви промежини, вульви, піхви і шийки матки. При патологічних пологах інколи виникають гематоми, ушкодження зчленувань тазу, сечостатеві і кишково-піхвової фістули. Під час пологів може статися найнебезпечніше ускладнення - розрив матки.

Розриви шийки матки

Розрив шийки матки частіше виникає зліва, іноді доходить до склепіння піхви і переходить на нього.

Розрив може досягти параметральної клітковини.

Розрізняють три ступені розриву шийки матки:

І - довжина розриву до 2см;

ІІ - понад 2см, але не доходить до склепіння;

ІІІ - розрив доходить до склепіння і переходить на нього.

Розриви шийки матки діагностуються при огляді її в дзеркалах. ІІІ ступеню для виключення розриву нижнього сегменту матки проводять пальцеве дослідження.

Розрізняють мимовільні і насильні розриви шийки матки. Мимовільні розриви шийки матки виникають при ригідності шийки матки, надмірному розтягненні країв зіву, швидких пологах. Насильні розриви шийки утворюються при оперативних втручаннях у пологах.

Розриви піхви

Розриви піхви виникають при недостатньому розтягненні її стінок, інфантилізмі, оперативних пологах, розгинальних передлежаннях, великій голівці та ін.. Всі пошкодження піхви визначаються за допомогою дзеркал і зшиваються шовними матеріалами, що розсмоктуються. Виділяють поверхневі і глибокі розриви.

Розриви промежини і вульви

Розриви промежини виникають у 10% породіль.

Ушкодження промежини настає не раптом, йому передують зміни, які вказують на розрив, що готується. Ознаки загрожуючого розриву промежини - промежина куполоподібно випинається, стає ціанотичною і набряклою. Надалі шкіра промежини блідне, стає блискучою, на ній з’являються дрібні тріщини.

Розрізняють три ступеня розриву промежини.

Розрив І ступеню - пошкоджується шкіра промежини, м’язи промежини лишаються непошкодженими.

Розрив ІІ ступеню - пошкоджується шкіра промежини, стінка піхви і м’язи промежини, крім зовнішнього сфінктера прямої кишки.

Розрив ІІІ ступеню не повний - порушуються вже названі тканини і зовнішній сфінктер прямої кишки, а при повному і стінка прямої кишки.

Розрив матки

Розривом матки називається порушення цілості її стінок. Якщо порушуються всі шари матки, то розрив називають повним. Якщо розрив захоплює слизову і м’язову оболонки без очеревини, розрив матки вважають неповним.

Повний (проникаючий) розрив матки трапляється частіше, ніж неповний.

Розрив найчастіше буває в нижньому сегменті матки, однак трапляються розриви в ділянці верхнього відділу і навіть у дні матки. Буває розрив матки, який іде по лінії прикріплення шийки до склепіння піхви - це є відрив матки від склепіння (colpopеrexis).

Розрізняють мимовільний і насильний розриви матки. Мимовільним називається розрив, який виникає без всяких зовнішніх впливів. Насильними вважають такі розриви, які відбуваються в зв’язку з зовнішніми діями, найчастіше з неправильно застосованими оперативними втручаннями.

Клінічна картина розриву матки складається із симптомів обумовлених кровотечею і симптомів, обумовлених шоком. Кровотеча виникає із судин, які пошкоджуються при їх розриві, і судин плацентарної ділянки. Шок виникає на грунті надзвичайно сильного подразнення нервових елементів ушкодженої матки. На підставі відшарування плаценти при розриві матки виникає загибель плода.

**4.2 Види акушерського травматизму для новонародженого**

Родова травма - це пошкодження органів і тканин плода, що виникають в процесі родового акту.

Частота родової травми в середньому становить від 2,1% до 7,6% від числа дітей, народжених живими і до 40,5% від числа мертвонароджених та померлих новонароджених.

У патогенезі родових травм ведуча роль належить двом факторам: механічним ушкодженням, які виникають під час проходження плода по родовим шляхам і при акушерських втручаннях, та розладам кровообігу загального і місцевого характеру, викликаним внутрішньоутробною гіпоксією плода.

Механічні дії на плід, що перебільшують його стійкість, виникають при невідповідності між розмірами плода і тазу жінки (анатомічно або клінічно вузький таз), аномаліях передлежання (розгинальні передлежання, передньотім’ячкове, лобне, лицьове) при затяжних і стрімких пологах, а також внаслідок родозавершувальних операцій (акушерські щипці, витягнення плоду, акушерський поворот і т.і.),

Виділяють родові травми:

м’яких тканин;

кісток;

внутрішніх органів;

нервової системи:

черепно-мозкові;

хребта;

периферійної нервової системи.

Родова травма м’яких тканин

Родова пухлина - відноситься до пошкодження м’яких тканин передлеглої частини плоду і характеризується набряком, інколи гематомою. Родова пухлина частіше розміщується на голівці плода в тім’ячковій і потиличній ділянці, набряк може розповсюджуватись за межі одної черепної кістки. При передлежанні інших частин плоду родова пухлина виникає відповідно на обличчі, сідницях, промежині. При лицьовому передлежанні родова пухлина розташована в ділянці лобу, зіниць, роту, інколи супроводжується значним набряком кон’юнктиви і слизової оболонки губ, петехіальними крововиливами, може поєднуватись з черепно-мозковою травмою. Набряк слизової оболонки губ ускладнює смоктання, дитину годують через зонд. При сідничному передлежанні родова пухлина виникає в ділянці статевих органів (великих і малих статевих губ у дівчаток, мошонки і яєчок у хлопчиків). Крововиливи в мошонку і яєчка можуть супроводжуватися больовим шоком.

Кефалогематома (субперіостальний крововилив) - це гематома, що утворилась під надкісницею однієї із кісток черепа на його поверхні. Шкіра над опухом незмінна і рухома, у її ділянці визначається пружний флюктуючий опух, що трохи збільшується в перші дні. На відміну від родової пухлини опух не розповсюджується за межі однієї кістки, має чіткі контури. Невеликі родові пухлини лікування не потребують, вони розсмоктуються самостійно на 2-3 добу життя дитини. При великих розмірах місцево застосовують холод, вводять кровозупиняючі препарати (хлористий кальцій, вікасол, рутин). При кефалогематомі проводять пункції і відсмоктування крові з наступним накладанням тугої пов’язки. Ускладненням може бути нагноєння гематоми, в таких випадках - широкий розріз з наступним веденням як при абсцесі.

Пошкодження шкіри і підшкірної клітковини виникає в результаті здавлення і локалізується в місцях притиснення тканини до кісткового тазу матері, а також в місцях накладання акушерських і шкірно-головних щипців.

Родова травма кісток

Перелом ключиці одна з найчастіших родових травм. Її частота коливається в межах 1-2 %.

Перелом ключиці спостерігається при стрімких пологах коли плечовий пояс не встигає здійснити поворот і народжується через більш вузький розмір виходу із тазу. Нерідко причиною перелому ключиці є неправильне надання ручної допомоги в пологах. З передчасним виведенням заднього плечика плода і надто сильним притисненням переднього плечика до симфізу матки. Частіше спостерігається перелом правої ключиці, оскільки пологи частіше проходять в передній позиції плода.

Діагностика досить нескладна: в ділянці перелому визначається крепітація і обмеження рухливості кінцівок.

Перелом плечової кістки зустрічається один раз на 2 тисячі пологів. Виникає в разі ускладненого виведення ручки плода під час надання акушерської допомоги при тазових передлежаннях. Частіше виникає в середній третині плеча і супроводжується незначним зміщенням ділянок. Діагностується по крепітації ділянок і утворенню пухлини на місці гематоми.

Перелом кісток стегна і гомілки спостерігається у новонароджених в одному випадку на 4 тисячі пологів. Можливий при екстракції плода за ніжку в пологах або витяганні плода за ніжку під час кесарського розтину. Перелом стегнової кістки частіше відмічається в середній третині, визначається по укороченню стегна, яке зв’язано з сильною ретракцією м’язів і утворенню припухлості, а також болючій реакції дитини. Діагноз підтверджується рентгенологічним дослідженням.

Родова травма внутрішніх органів

Травма органів черевної порожнини та заочеревинного простору може бути причиною загибелі дитини в перші години або дні життя. Виникає частіше у великих плодів, при стрімких або затяжних пологах, ускладнених гіпоксією. У більшості випадків пошкоджуються печінка, нирки, наднирники. Травмі печінки сприяє її збільшення при гемолітичній хворобі, судинних пухлинах. Навіть при невеликій травмі гематома, яка поступово збільшується, приводить до відшарування капсули, її розриву з наступною кровотечею в черевну порожнину. Клінічні прояви залежать від ступеню ушкодження і розміру гематоми. Відмічається блідість шкіри, в’ялість, асиметрія, напруження і болючість живота, блювота жовчю, зниження гемоглобіну в крові. Для підтвердження діагнозу проводять пункцію черевної порожнини.

При ушкодженні нирки загальний стан дитини після народження прогресивно погіршується, з’являється кров у сечі, блювота, припухлість в поперековій ділянці. Діагноз підтверджується при урологічному обстеженні.

Крововилив в наднирники характеризується різко вираженою загальною слабкістю, розвитком колапсу і анемії.

Родові ураження центральної нервової системи

Внутрішньочерепна родова травма виникає під час пологів внаслідок внутрішньоматкової та інтрамуральної гіпоксії і механічного ушкодження черепа і його вмісту.

Усі види внутрішньочерепної травми А.П.Ромоданов і Ю.С.Бродський (1981) поділяють на 2 групи:

) травматичні пошкодження головного мозку без внутрішньочерепних виливів;

) внутрішньочерепні виливи: епідуральні, субдуральні, субарахноїдальні, внутрішньомозкові (в тому числі й мозочкові), внутрішньошлуночкові, численні внутрішньочерепні різної локалізації.

За клінічним перебігом виділяють травму легкого, середнього і важкого ступенів. Клінічні прояви внутрішньочерепної травми залежать від локалізації і об’єм крововиливу. При легкому пошкодженні відмічається перехідна м’язова гіпотонія, послаблений крик, часто виражені дихальні розлади. При важких пошкодженнях (крововиливи, розрив спинного мозку) - симптоми, які характерні для спінального шоку: важкий синдром дихальних розладів, атонія, адинамія, парез діафрагми, парез сфінктерів, відсутність безумовних рефлексів.

**Список літератури**

1. Акушерство: Национальное руководство. / Под общей ред. Э. К. Алаймазян. М.: - ГЭОТАР-Медиа. - 2009. - 1200 с.

2. Громової А.М. Акушерство та гінекологія / А.М. Громової, В.К. Ліхачова // - Полтава "Полтава", 2000. - 600с., іл.

3. Дуда Вл. И. Акушерство. / Вл.И. Дуда, В.И. Дуда, О.Г. Дражина. - М.: ОНИКС, 2007 - 464 с.