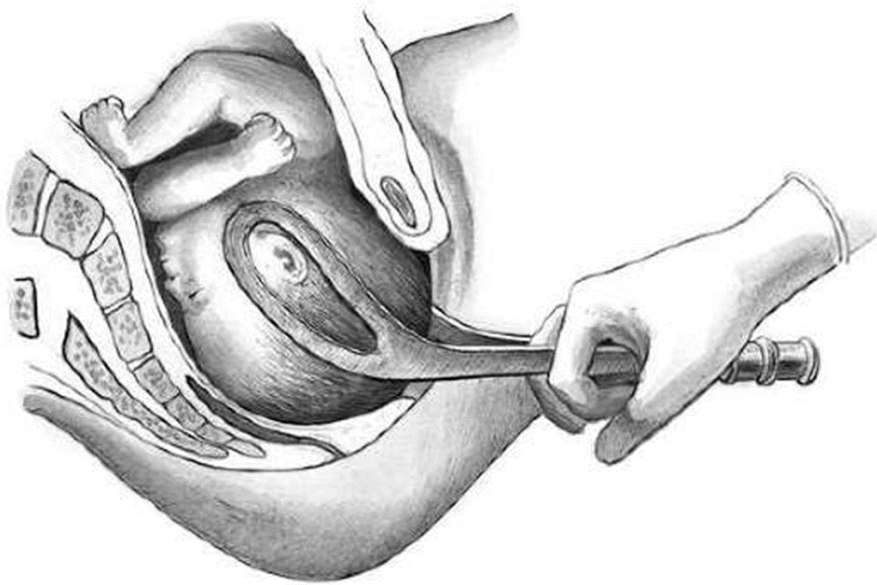


**Міністерство охорони здоров'я України  
Одеський національний медичний університет  
Кафедра акушерства і гінекології**



**ВИХІДНІ (типові)  
АКУШЕРСЬКІ ЩИПЦІ**

**Методичні рекомендації**

**м, Одеса - 2024**

## **Автори:**

- Щурко Д.М.** к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету
- Малюк В.В.** к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету
- Щурко М.І.** к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету
- Головатюк-Юзефпольська І.Л.** к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету, Заслужений лікар України
- Рогачевський О.П.** завідувач кафедри симуляційних медичних технологій, д. екон.н., к.мед.н.

## **Рецензенти:**

- В.Г. Марічерда –** д. мед. наук, професор кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету
- О.М. Макарчук –** д. мед. наук, професор кафедри акушерства і гінекології ПО Івано-Франківського національного медичного університету

## **Рекомендовано**

Вченою радою медичного факультету №2  
Одеського національного медичного університету.  
Протокол №5 від 8.02.2024 р.

**Д.М. Щурко, В.В. Малюк., М.І. Щурко, І.Л. Головатюк-Юзефпольська, О.П. Рогачевський. Вихідні (типові) акушерські щипці. Методичні рекомендації. – 2024.- Одеса : ОНМедУ. – С. 28.**

Методичні рекомендації присвячені застосуванню акушерських щипців. Методикою цієї операції повинен володіти кожен лікар акушер-гінеколог при наданні невідкладної акушерської допомоги.

В методичних рекомендаціях висвітленні питання класифікації, показання та протипоказання, умови виконання, техніки виконання та ускладнень під час виконання операції накладання акушерських (типових) щипців.

В рекомендаціях також представлений власний авторський алгоритм оволодіння технікою накладання акушерських щипців та симуляційний сценарій для роботи в симуляційному центрі.

Рекомендації призначенні для лікарів акушер-гінекологів, інтернів, курсантів, клінічних ординаторів та магістрів.

## З М І С Т

	стор.
<b>АКУШЕРСЬКІ ЩИПЦІ</b>	
<b>БУДОВА АКУШЕРСЬКИХ ЩИПЦІВ .....</b>	1
<b>КЛАСИФІКАЦІЯ .....</b>	2
<b>ПОКАЗАННЯ .....</b>	2
<b>УМОВИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ .....</b>	3
<b>ПІДГОТОВКА ДО ОПЕРАЦІЇ .....</b>	4
<b>ЗНЕБОЛЕННЯ .....</b>	4
<b>ЕТАПИ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ .....</b>	6
<b>ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ .....</b>	6
<b>АЛГОРИТМ накладання акушерських щипців (авторська модифікація) .....</b>	14
<b>МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ТА ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ОПЕРАЦІЇ НАКЛАДАННЯ АКУШЕРСЬКИХ (ТИПОВИХ) ЩИПЦІВ .....</b>	15
<b>УСКЛАДНЕННЯ .....</b>	16
<b>ЗАКЛЮЧЕННЯ .....</b>	16
<b>СИМУЛЯЦІЙНИЙ СЦЕНАРІЙ .....</b>	17
<b>БЛОК-СХЕМА СЦЕНАРІЮ .....</b>	18
<b>МЕТОДИ ТА КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЧЕК-ЛИСТ .....</b>	24
<b>Література .....</b>	28

## АКУШЕРСЬКІ ЩИПЦІ

Накладання акушерських щипців це розроджуюча операція, призначення якої - вилучення живого доношеного плода за голівку із пологових шляхів матері за допомогою спеціального інструменту.

В зв'язку із розширенням показів до операції кесаревого розтину в сучасному акушерстві щипці застосовують тільки як метод екстреного родорозродження.

Акушерські щипці були винаходженні лікарем із Шотландії Петером Чемберленом наприкінці XVI століття. Багато років акушерські щипці були сімейною таємницею, яка передавалась спадкоємцям та була предметом наживи винахідника та його спадкоємців. В подальшому секрет акушерських щипців був проданий за дуже велику ціну.

Через 125 років акушерські щипці були винайдені «вдруге» знову Женевським анатомом і хірургом І. Пальфіном (Франція) і відразу оприлюднені. Тому пріоритет в винаході акушерських щипців належить саме йому. Інструмент і його застосування дуже швидко отримали широке розповсюдження.

**ВВ! Акушерські щипці застосовуються ТІЛЬКИ  
для вилучення плода за голівку,  
а не для зміни положення голівки плода під час пологів.**

**Ціль операції накладання акушерських щипців:  
заміна пологових переймів тягнуchoю силою лікаря акушера.**

## БУДОВА АКУШЕРСЬКИХ ЩИПЦІВ

Акушерські щипці складаються із двох симетричних частин - гілок, які мають відмінності в будові лівої та правої частин замка. Одна із гілок, яку беруть в ліву руку та вводять в ліву частину тазу називають лівою гілкою. Друга гілка називається правою.

В кожній гілці розрізняють три частини: ложка, замок та рукоятка.

Кожна ложка представляє собою вигнуту пластину, яка має широкий виріз — вікно. Закруглені краї ложок називають ребрами (верхнє і нижнє). Ложка має особливу форму, яка продиктована формою і розмірами, як голівки плода, так і малого тазу.

Головна кривизна — це зігнутість ложок у фронтальній площині, що відтворює форму голівки плоду.

Тазова кривизна це зігнутість ложок у сагітальній площині щипців, відповідно за формою крижової впадини і до певної міри провідної осі тазу.

Замок служить для з'єднання гілок щипців.

Рукоятка щипців служить для захоплення щипців і проведення тракцій. Вона має гладкі внутрішні поверхні. Тому при зімкнутих гілках щипців вони щільно

прилягають один до одного. Зовнішні поверхні рукоятки щипців мають рифлену поверхню, що попереджає ковзання рук акушера при тракціях.

Рукоятки є порожнистими, щоб зменшити вагу інструменту. У верхній частині зовнішньої поверхні рукоятки є бічні виступи, які називаються гачками Буша. При проведенні тракцій вони є надійною опорою для руки акушера.

Крім того, гачки Буша дозволяють судити про правильне накладання акушерських щипців, якщо при змиканні гілок гачки розташовані не один проти одного.

Однак, симетричне їх розташування не може бути критерієм правильності накладання акушерських щипців. Площина, в якій знаходяться гачки Буша після введення ложок і замикання замка відповідає розміру, в якому розташовані власне ложки (в поперечному або одному із косих розмірів тазу).

В родопомічних закладах України використовують акушерські щипці моделі Сімпсона - Феноменова.

Маса цієї моделі становить близько 500 г. Відстань між найбільш віддаленими точками головної кривизни ложок при замиканні щипців становить 8 см, відстань між верхівками ложок — 2,5 см.

## КЛАСИФІКАЦІЯ

В залежності від положення голівки плода в малому тазу техніка операції відрізняється.

При розташуванні голівки плода в широкій площині малого тазу накладають порожнинні або атипові щипці. У сучасному акушерстві більшість лікарів не володіють технікою накладання атипових щипців і віддають перевагу проведенню операції кесарського розтину.

Якщо голівка плода знаходиться у вузькій площині малого тазу (стріловидний шов знаходиться майже у прямому розмірі), то накладання таких щипців називається вихідними (типовими) акушерськими щипцями.

Найбільш сприятливий варіант операції з найменшою кількістю ускладнень як для матері, так і для плода — накладання типових акушерських щипців.

## ПОКАЗАННЯ

Показання для операції можна умовно розділити на дві групи: планові та ургентні.

**Планові (які потребують "виключення" потужного періоду під час планового родорозродження через природні пологові шляхи):**

- різноманітні екстрагенітальні захворювання жінки;
- преєклампсія, еклампсія, виражена гіпертензія, що не піддається консервативній терапії;
- породіллям, які напередодні пологів перенесли хірургічне втручання на органах черевної порожнини (неможливість м'язів черевного преса забезпечити повноцінні потуги).

### **Ургентні (термінові, при наявності умов).**

При цих ситуаціях консервативне продовження пологів неможливе, зважаючи на небезпеку серйозних ускладнень, як для матері, так і для плоду, аж до летального результату:

- дистрес плода у пологах;
- слабкість пологової діяльності та/або слабкість потуг;
- кровотеча в другому періоді пологів (обумовлена передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, розривом судин пуповини при їх оболонковому прикріпленні);
- загрозливий або термінальний стан жінки (клінічна смерть).

В більшості випадків спостерігається поєднання перерахованих показань, які вимагають екстреного закінчення пологів.

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

- Звуження розмірів таза 2–3-го ступенів.
- Лобове вставлення і задній вид лицевого вставлення.
- Недоношений плід.
- Обструктивні пологі (клінічно вузький таз)
- Мертвий плід.

### **УМОВИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ**

Для виконання операції накладення акушерських щипців необхідні певні умови, які забезпечують можливо більш сприятливий результат її як для роділлі, так і для плоду. Якщо однієї із цих умов немає, то операція протипоказана.

#### **Живий плід.**

Акушерські щипці при наявності мертвого плоду протипоказані. У разі загибелі плоду і наявності показань виконують плодоруйнуючу операцію.

#### **Повне розкриття маткового зіву.**

Недотримання цієї умови неминуче призведе до розриву шийки матки і нижнього сегмента матки.

#### **Відсутність плодового міхура.**

Якщо плодовий міхур цілий, він повинен бути розкритий.

#### **Клінічна відповідність розмірів таза матері і голівки плоду.**

При вузькому тазі щипці є досить небезпечним інструментом, тому їх застосування протипоказано.

### **Розташування голівки плода у порожнині малого тазу.**

Вона повинна знаходитися у виході із малого тазу стрілоподібним швом в прямому розмірі (для типових щипців) або в порожнині малого тазу стрілоподібним швом в одному із косих розмірів (для атипових щипців).

**NB! Точне визначення положення голівки плода в малому тазі можливо тільки при піхвовому дослідженні, яке обов'язково має бути проведене перед накладенням акушерських щипців.**

Положення голівки плода по відношенню до площини малого тазу (при потиличному передлежанні) повинно відповідати даним внутрішнього акушерського дослідження та відповідати моменту біомеханізма пологів (див. таблицю).

### **ПІДГОТОВКА ДО ОПЕРАЦІЇ**

- Письмова добровільна інформована згода пацієнтки.
- Звільнення сечового міхура.
- Положення породіллі на спині з піднятим головним кінцем, який утворює із тазом прямий кут, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, коліна широко розведені в боки.
- Перед початком операції необхідно ще раз уточнити:
  - характер вставлення голівки плода;
  - провідну точку і конфігурацію голівки плода, розміри пологової пухлини за її наявності;

**NB! Питання про доцільність проведення епізіотомії вирішується індивідуально.**

Дані рандомізованих досліджень щодо необхідності рутинної епізіотомії відсутні (рівень доказовості B).

### **ЗНЕБОЛЕННЯ**

Необхідна консультація анестезіолога та вибір методу знеболення, який вибирають в залежності від стану роділлі та плода та характеру показань до операції.

**«Золотим стандартом» є застосування епідуральної анестезії.**

Операцію акушерських щипців можна проводити під:

- загальною внутрішньовенною анестезією (на самостійному диханні);
- загальною анестезією з інтубацією трахеї (при станах, що загрожують життю породіллі);
- регіонарною анестезією;
- пудендальною анестезією (може бути застосована заздалегідь під час планового родорозродження).

**ПОЛОЖЕННЯ ГОЛІВКИ ПЛОДА  
ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ПЛОЩИНИ МАЛОГО ТАЗУ  
(потиличне передлежання)**

Місце положення голівки плоду	Дані зовнішнього акушерського дослідження	Дані піхвового дослідження	Відповідність моменту біомеханізму пологів
Голівка плоду великим сегментом у вході в малий таз	Над входом в малий таз пальпується менша частина голівки. Пальці рук зближуються	Головка прикриває верхню третину лонного зчленування і крижів. Мис не можна досягти. Стрілоподібний шов в одному з косих розмірів	Поступальний рух голівки.
Голівка плоду у широкої частини порожнини малого таза	Над лоном прощупується незначна частина голівки	2/3 внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Сідничні ості досяжні. Стрілоподібний шов розташований в одному з косих розмірів	Початок внутрішнього повороту голівки
Голівка плоду у вузькій частині порожнини малого таза	Над лоном голівка не визначається	Вся внутрішня поверхня лонного зчленування і дві третини крижової западини зайняті голівкою. Сідничні ості досягаються важко. Стрілоподібний шов розташований в одному з косих розмірів ближче до прямого розміру.	Внутрішній поворот голівки майже завершений.
Голівка плоду у виході малого таза (на тазовому дні)	Над лоном голівка не визначається	Крижова западина повністю заповнена голівкою. Сідничні ості не досягаються. Стрілоподібний шов у прямому розмірі виходу з таза	Внутрішній поворот голівки завершено повністю



## ЕТАПИ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ

1. Уточнення акушерської ситуації.
2. Складання ложок щипців.
3. Введення ложок щипців.
4. Замикання замка.
5. Пробна тракція.
6. Тракції (напрямок усіх тракцій вказують по відношенню стосовно вертикально позиції жінки).
7. Зняття щипців.

### Загальні правила накладання акушерських щипців

Класичний варіант для накладання акушерських щипців має три потрібних 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. Введення і розміщення щипців.**

1. Введені ложки щипців повинні бути спрямовані вгору, у бік провідної точки.
2. Ложки повинні бути розміщені 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.

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.

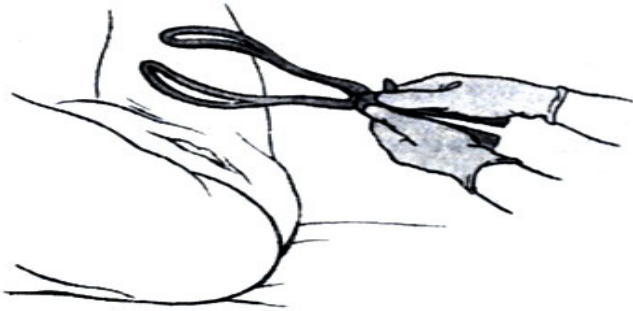
## ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ

Техніка накладання акушерських щипців включає такі моменти:

- введення ложок;
- замикання щипців;
- пробна тракція;
- безпосередньо тракції;
- зняття щипців.

### **Перший момент операції. Введення ложок щипців.**

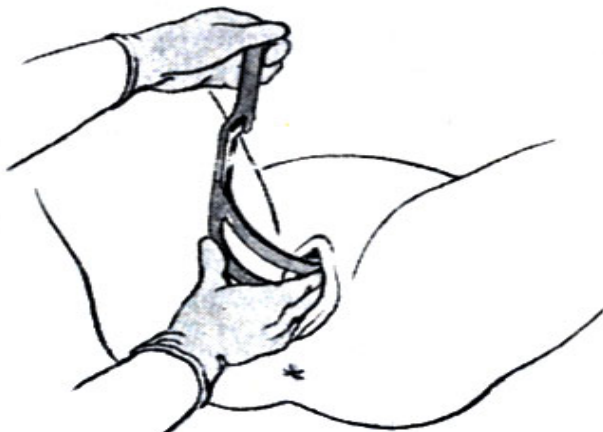
Першою вводять ліву ложку. Щоб не помилитися під час вибору ложки, потрібно взяти щипці перед собою таким чином (мал. 1), щоб ліва і права ложки були поряд: ліва – зліва, права – справа.



*Мал. 1. Щипці в складеному вигляді*

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.

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 уводять 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 (мал. 2).



*Мал. 2. Введення лівої ложки при накладанні вихідних щипців*

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 та її верхівка повинні бути спрямовані наперед, у бік червоні 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-здухвинного 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. По 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.

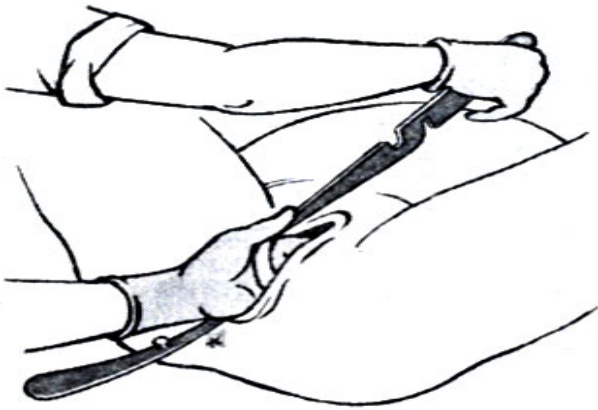
Пальцями внутрішньої руки акушер допомагає спрямовувати ложку вперед із розрахунку, що вона ляже на голівку збоку, в площині поперечного розміру виходу із тазу. Таким чином, внутрішня частина ложки проходить від крижово-здухвинного зчленування до бічної стінки таза (поворот навколо голівки по дузі не менше ніж 45°).

Про правильне положення ложки можна зробити висновок із того, що гачок Буша розміщений точно у поперечному розмірі виходу із тазу. 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.

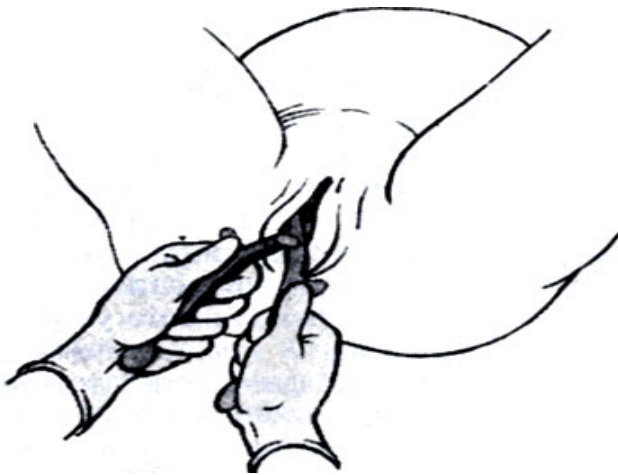
Акушер передає помічникові ручку введеної ложки. Помічник стоїть зліва від жінки і тримає ручку рукою, проведеною під лівим стегном жінки. Він повинен тримати ручку ложки міцно, оскільки будь-якого роду зміщення, правильно накладеної ложки в подальшому можуть створювати труднощі.

Праву ложку щипців вводять так, як і ліву, правою рукою в праву половину тазу, під захистом введених у піхву пальців лівої руки (мал. 3).



Мал. 3. Введення правої ложки при накладанні вихідних 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.



Мал. 4. Замикання замка при накладанні вихідних щипців

Якщо провідна точка повернута прямо до акушера, щипці повинні замикатись у тому самому напрямі. Якщо за цих умов замкнуті щипці із піднятими рукоятками догори, провідна точка опиниться поза площиною щипців, 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 зовнішня поверхня долоні лежала 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, натискаючи 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 (мал. 5).

Права ложка щипців завжди повинна лежати на лівій. 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:

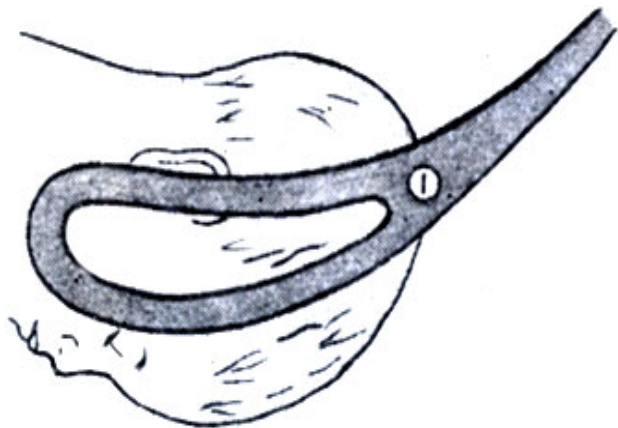
**Другий момент операції.** Замикання щипців є другим моментом операції. Окремо введені ложки повинні бути замкнуті, для того щоб виконати роль інструмента для захоплення і витягання голівки (мал. 4).

Залежно від положення провідної точки щипці можуть бути замкнуті:

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

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. 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).



*Мал. 5. Правильно накладені вихідні щипці при передньому виді потиличного передлежання: мале тім'ячко (провідна точка) знаходиться в площині щипців*

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 потрібне правило, тобто чи спрямовані верхівки ложок уперед у бік провідної точки, чи захоплюють щипці невелику периферію голівки (у віконці ложок повинні бути тім'яні горби) і, нарешті, чи розміщена провідна точка або вісь голівки у площині щипців.

**Третій момент операції.** Наклавши щипці на голівку і замкнувши їх, акушер кладе праву руку на рукоятки, розміщуючи одночасно вказівний і середній пальці на гачках Буша. При такому розміщенні 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 на 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 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 зверху 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.

За тракцією повинні йти щипці, розміщені зверху ліва рука із витягнутим вказівним пальцем і голівка. Якщо під час тракції голівка йде за щипцями, то вона повинна також йти за вказівним пальцем лівої руки, що буде свідчити про справність і цілісність блоку (мал. 6).



*Мал. 6. Пробна тракція при накладанні вихідних щипців.*

І навпаки, якщо під час тракції 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.

#### **Четвертий момент операції. Безпосередньо тракція.**

Низведення 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 зверху, причому її вказівний палець розміщується в наявній біля замка ямці.



Ліва рука при такому положенні надає під час тракцій енергійного сприяння правій (мал. 7).

Під час витягання голівки щипцями потрібно враховувати три моменти:

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



*Мал. 7. Захват рукояток щипців при тракціях*

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 роділлею.

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 із 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 складений в декілька шарів рушник.

**Особливості проведення тракцій.** 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.

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

Потім лікар розпочинає поступове розгинання голівки.

Повільно, легко підтягуючи щипцями голівку плода, акушер піднімає ручку щипців догори. Виведення голівки плода здійснюється до моменту народження темених бугрів.

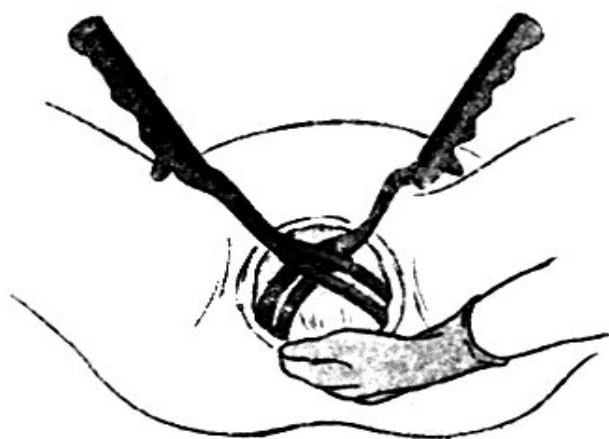
### **Увага!**

**Не можна народжувати голівку плода в щипцях !!!**

Сила, спрямована на поворот голівки догори, повинна перевищувати силу тяжіння її назовні.

Не дозволяється проводити тракції в чотири руки (два акушери відразу або один за другим). При безуспішності 6-8 тракцій від подальшого виконання операції потрібно відмовитися.

### **П'ятий момент операції. Зняття щипців.**



*Мал. 8. Зняття щипців*

Щипці знімають так: обережно розмикають їх, розводячи ложки, беруть кожен 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 (мал. 8).

Після того як будуть зняті щипці, голівку виводить ручними прийомами.



**АЛГОРИТМ**  
**накладання акушерських щипців**  
(авторська модифікація)

Пропонується навчальний алгоритм операції накладання акушерських щипців за допомогою якого опановують практичні навички виконання операції на акушерському фантомі.

Методика проведення: асистент по черзі зачитує кожний моменти виконання операції, а оператор демонструє їх на фантомі.

**Перший момент. ВВЕДЕННЯ ЛОЖОК**

- ✓ Перед введенням зложіть щипці.
- ✓ Положіть на стіл – згином доверху.
- ✓ Розімкніть щипці і розложіть їх в різні сторони  
(гілки їх нагадують букву «X»).
- ✓ Крючки Буша направте в різні сторони.
- ✓ Візьміть лівою рукою ліву ложку – гачок Буша направлений в ліву сторону, виверніть руку ліктем в сторону та 4 пальці лежать зверху на рукоятці щипців.
- ✓ Переверніть ложку на 180 ° рукояткою вверх.
- ✓ Візьміть ложку як пишуче перо (як смичок).

**Починайте введення ложки щипців**

- ✓ Рукоятку відведіть в правий паховий вигин жінки.
- ✓ Праву напівдолоню введіть в піхву.
- ✓ Ведіть ложку по долоні своєї руки із просуванням гілки по пальцям в глибину тазу.
- ✓ Підштовхуйте великим пальцем по кривизні ложки.
- ✓ Посередині введення (рукоятка щипців знаходиться врівень зі стегном жінки) перехватіть її, як «дитячу лопатку», виведіть напівдолоню із піхви і просувайте ложку без зусиль та обертів !!!
- ✓ Опустіть рукоятку щипців вниз суворо по осі тазу.
- ✓ Візьміть праву ложку правою рукою – гачок Буша направлений направо, 4 пальці положіть поверх рукоятки і виверніть руку ліктем в сторону ...
- ✓ Переверніть ложку на 180<sup>0</sup> рукояткою вверх.
- ✓ Візьміть ложку як пишуче перо (як смичок).
- ✓ Рукоятку відведіть в лівий паховий вигин жінки.
- ✓ Ліву напівдолоню введіть в піхву.
- ✓ Вводьте ложку по долоні правої руки із просуванням гілки по пальцям в глибину таза.
- ✓ Підштовхуйте в глибину тазу по кривизні ложки.
- ✓ Посередині введення (рукоятка щипців знаходиться врівень зі стегном жінки) перехватіть її, як «дитячу лопатку», виведіть напівдолоню із піхви і просувайте ложку без зусиль та обертів !!!
- ✓ Опустіть ложку вниз поверх першої ложки на рівні замка.

**УВАГА! НЕ РОБІТЬ СПРОБУ ПІДНЯТИ ВВЕРХ  
НИЖНЮ ЛОЖКУ ЩИПЦІВ ДЛЯ ЗАМИКАННЯ ЗАМКА !!!**

## **Другий момент. ЗАМИКАННЯ ЩИПЦІВ**

- ✓ Великі пальці положіть на гічки Буша поверх.
- ✓ Чотири пальці на задню поверхню рукояток.
- ✓ Рукоятки щипців зблизьте і замкніть замок.

## **Третій момент. ПРОБНА ТРАКЦІЯ**

- ✓ Праву руку покладіть поверх замка.
- ✓ Вказівний та безіменний палець покладіть на гачки Буша (пальці рогаткою).
- ✓ Ліву долоню покладіть на тильну поверхню правої руки.
- ✓ Вказівний палець лівої руки направте в піхву до голівки плода.
- ✓ Зробіть пробну тракцію.

## **Четвертий момент. ВЛАСНЕ ТРАКЦІЇ**

- ✓ Перемістіть ліву руку під рукоятки знизу, захвативши їх в кулак, права рука залишається на місці
- ✓ Тракції виконуйте правою рукою синхронно з потугами:
  - ❖ донизу (до створення точки фіксації)
  - ❖ на себе (голівка розгинається)
  - ❖ вверх (до народження тім'яних бугрів)

**Увага! Неможна народжувати голівку плода в щипцях!!!**

## **П'ятий момент. ЗНЯТТЯ ЩИПЦІВ**

- ✓ Покладіть великі пальці вздовж рукояток позаду їх.
- ✓ Чотири пальці в ряд по передній поверхні рукояток.
- ✓ Розімкніть замок щипців і розведіть рукоятки в різні сторони.
- ✓ **ОДНОЧАСНО** направте рукоятки щипців до паху жінки по дугоподібній траєкторії (як при введенні кожної окремої ложки на початку операції). Ложки зіскользнуть з голівки плода.

**Методичні вказівки та деякі особливості виконання операції накладання акушерських (типових) щипців**

### **Типові акушерські щипці**

#### ***Передній вид потиличного передлежання.***

Внутрішній поворот голівки завершений. Голівка плоду знаходиться на тазовому дні. Стрілоподібний шов розташовується в прямому розмірі виходу малого тазу, мале тім'ячко розташоване під лоном, крижова западина повністю виповнена голівкою плоду, сідничні ості не досягаються.

Щипці накладають в поперечному розмірі таза. Рукоятки щипців розташовані горизонтально. У напрямку донизу до заду проводять тракції до тих пір, поки з-під лона не народиться потиличний бугор. Виконують зняття щипців.

Потім голівку плода розгинають і виводять за допомогою ручних прийомів.

#### ***Задній вид потиличного передлежання.***

Внутрішній поворот голівки завершений. Голівка плоду знаходиться на тазовому дні. Стрілоподібний шов - в прямому розмірі виходу, мале тім'ячко розташовується біля куприка, задній кут великого тім'ячка - під лоном; мале тім'ячко розташоване нижче великого.

Щипці накладають в поперечному розмірі таза. Тракції роблять у горизонтальному напрямку (донизу) до тих пір, поки передній край великого

тім'ячка не буде стикатися із нижнім краєм лонного зчленування (перша точка фіксації).

Потім роблять тракції до переду до фіксації області підпотиличної ямки у верхівки куприка (друга точка фіксації). Після цього рукоятки щипців опускають до заду, відбувається розгинання голівки. Виконують зняття щипців.

За допомогою ручних прийомів виводять із під лонного зчленування чоло, обличчя й підборіддя плоду.

## УСКЛАДНЕННЯ

Застосування акушерських щипців з дотриманням умов і техніки зазвичай не викликає будь-яких ускладнень для матері та плоду. В окремих випадках ця операція може бути причиною ускладнень.

**Пошкодження пологових шляхів.** До них відносять розриви піхви і промежини, рідше - шийки матки.

Важкими ускладненнями є розриви нижнього сегмента матки і пошкодження тазових органів: сечового міхура і прямої кишки, що звичайно виникають при порушенні умов для операції і правил техніки.

До рідкісних ускладнень відносять ушкодження кісткового родового каналу - розрив лобкового симфізу, пошкодження крижово-куприкового зчленування.

**Ускладнення для плода.** Після операції на м'яких тканинах голівки плоду зазвичай - набряклість, ціаноз.

При сильному стисненні головки можуть виникати гематоми. Сильний тиск ложки на лицьовий нерв може викликати його парез.

Важкими ускладненнями є ушкодження кісток черепа плоду, які можуть бути різного ступеня - від вдавлення кісток до переломів.

Велику небезпеку для життя плода представляють крововиливи в мозок.

**Дистоція плечиків плода.** Це ускладнення пологів виникає при безпосередньому виконанні тракцій плода – швидкі та насильственні тракції (без дотримання моментів біомеханізму пологів) та відповідності ритму переймів.

**Післяпологові інфекційні ускладнення.** Розродження операцією накладення акушерських щипців не є причиною післяпологових інфекційних захворювань, проте, збільшує ризик їх розвитку, тому вимагає адекватної профілактики інфекційних ускладнень в післяпологовому періоді.

## ЗАКЛЮЧЕННЯ

1. Багатократне повторення алгоритму техніки виконання операції накладання акушерських щипців дозволяє запам'ятати моменти операції та довести до автоматизму виконання оперативного втручання.

2. Враховуючи особливості біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання (додаткове згинання та розгинання голівки плоду) накладення щипців представляє певні труднощі і є більш складним у порівнянні з вихідними акушерськими щипцями: наявність особливих понять, які називаються - "блукаюча" та "фіксована" ложки потребують окремого розгляду цього питання та техніки виконання операції накладання атипових щипців.

3. Окремо слід розглядати операцію накладання акушерських щипців на послідуочу голівку плоду при тазових передлежаннях.

## СИМУЛЯЦІЙНИЙ СЦЕНАРІЙ

<b>Назва</b>	<b>Накладання вихідних акушерських щипців</b>
<b>Цільова аудиторія:</b>	лікарі інтерни акушер-гінекологи, курсанти лікарі акушер-гінекологи, клінічні ординатори, магістранти, акушерки
<b>Кількість осіб для проходження сценарію</b>	2 особи: лікар акушер-гінеколог, акушерка
<b>Час виконання:</b>	10 - 15 хв.
<b>Ціль навчання:</b>	надання невідкладної акушерської допомоги шляхом накладання вихідних акушерських щипців.

<b>Технічне забезпечення</b>	
Налаштування	Пологовий зал
Симулятор	Робот-симулятор високої реалістичності (типу Gaumard® Victoria® S2200) Робот-симулятор плоду

<b>Характеристики пологової діяльності</b>			
<b>Інтервал переймів</b>	<b>Тривалість переймів</b>	<b>Розташування голівки плода</b>	
через 2 хв.	45 сек.	вузька частина порожнини малого тазу	
<b>Положення малого тім'ячка</b>		<b>Положення стріловидного шва</b>	
під лоном		у прямому розмірі	
<b>Початкові параметри монітора роділлі</b>			
<b>АТ</b>	<b>Сатурація</b>	<b>Пульс</b>	<b>ЕКГ</b>
120/80	97	80	нормальна
<b>Початкові параметри монітора плоду</b>			
<b>Частота серцебиття</b>		<b>Ритм серцебиття</b>	
90 уд./хв..		аритмічний	

<b>Додаткові вимоги до обладнання/реквізиту та витратні матеріали</b>	
1	Рукавички латексні
2	Дезінфікуючий розчин
3	Лоток для кульок
4	Кульки марлеві
5	Корцанг
6	Щипці Сімпсона-Феноменова
7	Стетоскоп (фетоскоп)

## БЛОК-СХЕМА СЦЕНАРІЮ

### Завдання:

**В пологовому залі знаходиться роділля 32 років. Вагітність V, 39<sup>+0</sup> тижнів. Пологи перші. Положення плоду повздовжнє. Перша позиція. Передній вид потиличного передлежання.**

**На даний момент:** Стан вітальних функцій роділлі відображено на моніторі.

При аускультатії плоду серцебиття 90 ударів за 1 хв., аритмічне.

Акушерський статус: тривалість переймів складає 45 сек. через 2 хв. Голівка плода у вузькій частині порожнини малого тазу. Стрілоподібний шов в прямому розмірі. Мале тім'ячко під лоном.

### Правильні дії:

Провести аускультатію серцебиття плода.

Обробити руки дез. розчином.

Одягти латексні рукавички.

Провести піхвове дослідження.

### *Алгоритм внутрішнього акушерського дослідження.*

*Обробіть зовнішні статеві органи пацієнтки 0,5% спиртовим розчином хлоргексидина.*

*Великим і вказівним пальцями однієї руки розведіть статеві губи. Середній і вказівний пальці іншої руки введіть в піхву.*

*Знайдіть шийку матки.*

*Визначте ступінь розкриття маткового вічка в см - для цього максимально розведіть середній і вказівний пальці і подумки отриману відстань між пальцями до країв шийки, в см.*

*Визначте наявність навколоплідного міхура.*

*Визначте розташування передлежачої частини щодо площини малого тазу.*

*Визначте орієнтирні точки на голівці плода (шви, тім'ячка), їх розташування щодо лона і крижів;*

*Виведіть пальці з піхви.*

**На симуляторі:**

У роділлі перейми по 45 сек. через 2 хв. Серцебиття плоду 90 уд. за 1 хв., аритмічне.  
Голівка плода у вузькій частині порожнини малого тазу. Стріловидний шов в прямому розмірі.  
Мале тім'ячко під лоном.

**Правильні дії:**

Виставити діагноз: Дистрес плода в пологах.  
Визначити подальшу тактику ведення пологів: Накладання вихідних акушерських щипців.  
Дати розпорядження акушерці вивести сечу.  
Перевірити показники вітальних функцій роділлі (АТ, пульс та ін.).

**Невірні дії:**

**Інтранатальна загибель плода.**

**На симуляторі:**

У роділлі перейми по 45 сек. через 2 хв. Серцебиття плоду 90 уд. за 1 хв., аритмічне.  
Голівка плода у вузькій частині порожнини малого тазу. Стріловидний шов в прямому розмірі.  
Мале тім'ячко під лоном.  
Показники вітальних функцій роділлі в межах норми.

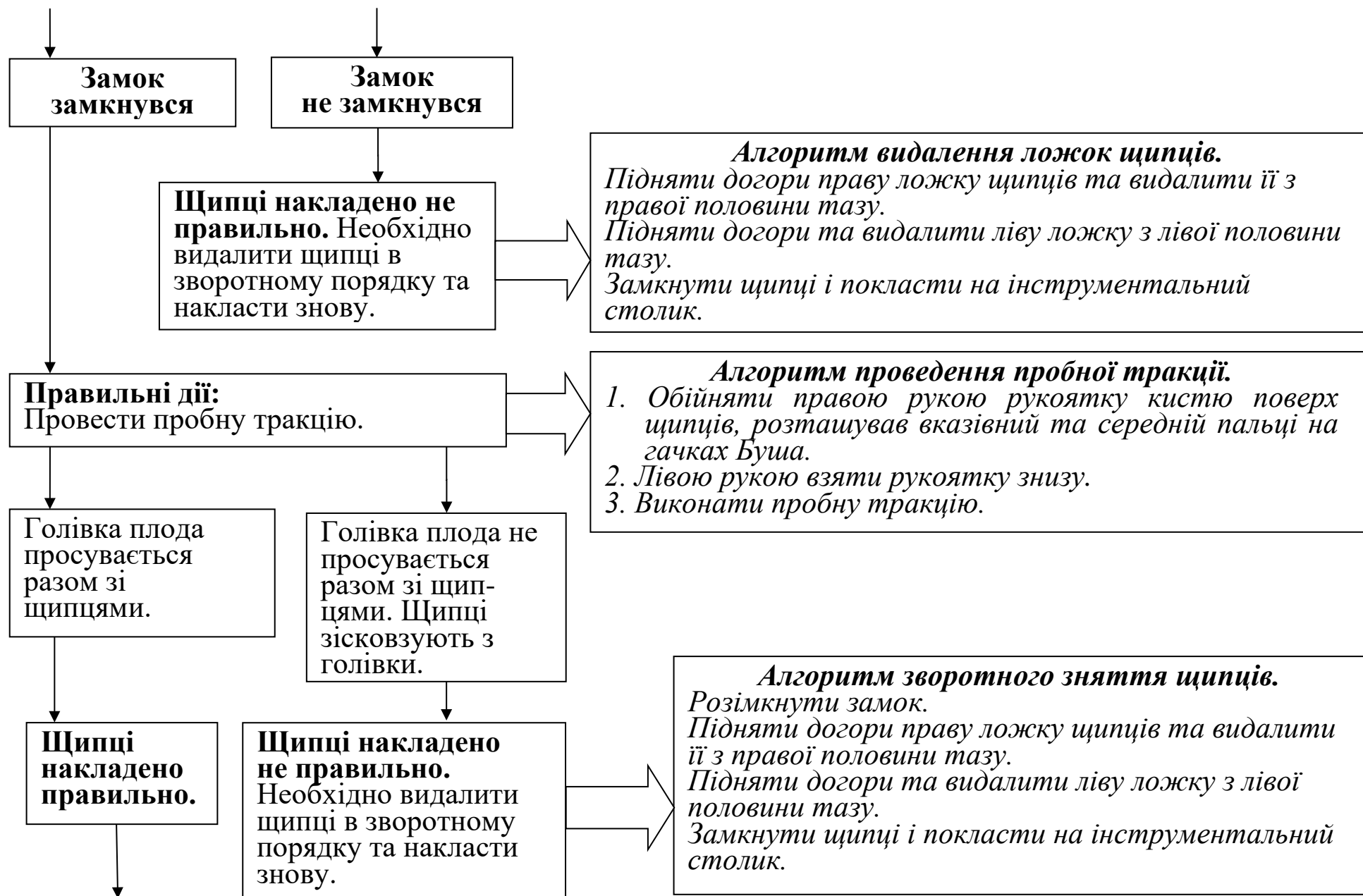
**Правильні дії:**

Дати розпорядження анестезіологу почати знеболювання.  
Перевірити щипці, замкнути їх та покласти на стіл.  
**Ввести ліву ложку щипців.**

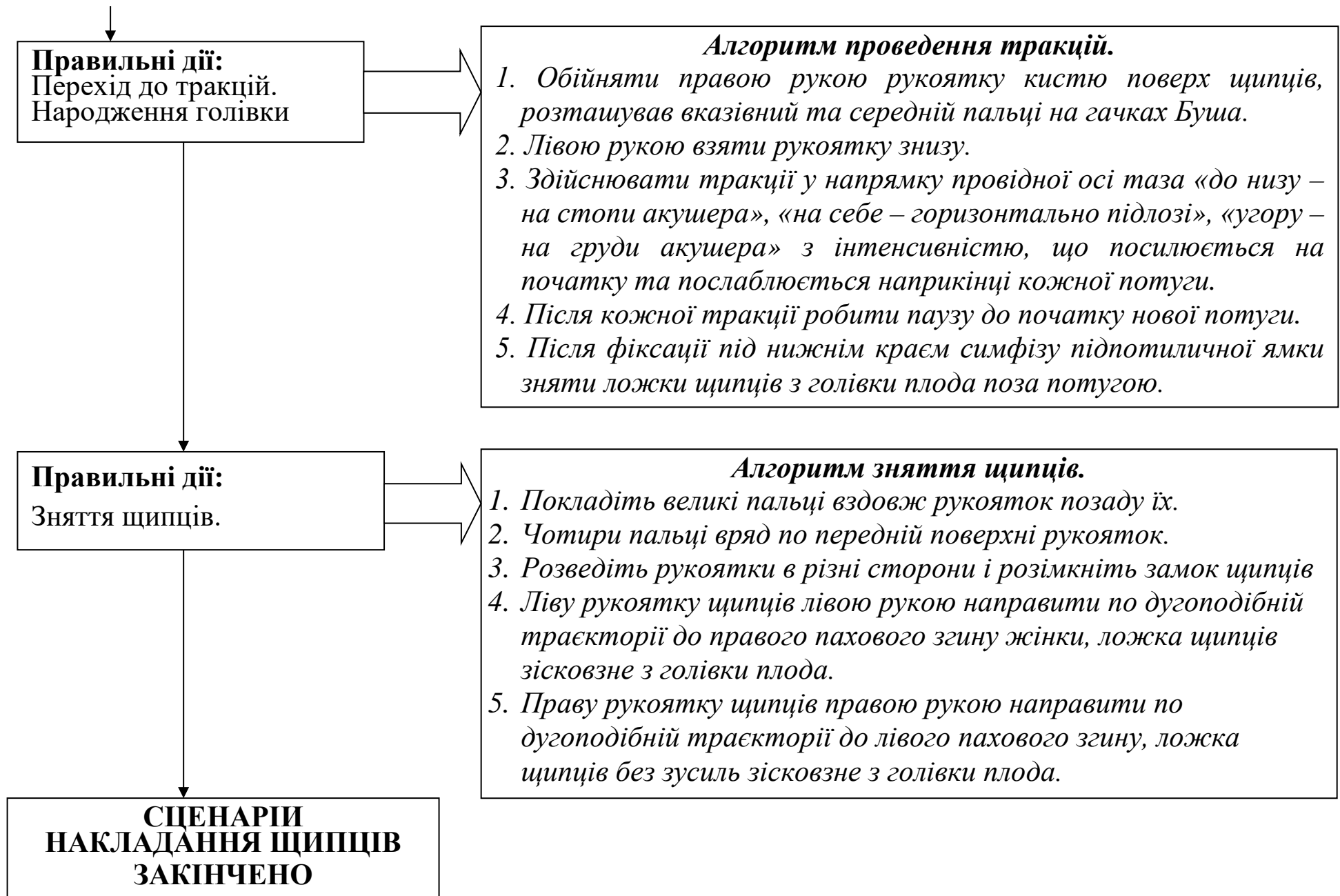
**Алгоритм введення лівої ложки щипців.**

1. Ввести в піхву пальці правої руки.
2. Захватити ліву ложку щипців лівою рукою як письмове перо.
3. Рукоятку відвести до правого пахового згину роділлі.
4. Вказівний та середній пальці правої руки ввести в піхву між голівкою та лівою половиною таза.
5. Верхівку ложки встановити між вказівним та середнім пальцями, а великий палець правої руки прикласти до нижнього ребра ложки.









**На симуляторі:** гемодинаміка роділлі: АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 80 уд./хв.

Голівка плода народилася і знаходиться за межами вульварного кільця. Лице плода повернуте до промежини. При проханні потужитися лице плода повертається до правого стегна матері.

**Правильні дії:**  
Здійсніть вилучення плечиків та тулуба плода.

***Алгоритм вилучення плечиків та тулуба плода.***

- 1. Обидві руки встановіть долонями на ділянки вушних раковин так, щоб кінці пальців не торкалися шиї плода.*
- 2. Обережно нахиліть голівку плода вниз, поки переднє плічко не підійде під лобкове зчленування.*
- 3. Голівку плода захопіть лівою рукою так, щоб її долоня перебувала на нижній (задній) щоці плоду.*
- 4. Відведіть цією рукою голівку вгору до симфізу.*
- 5. Правою рукою стерильною пелюшкою обережно зніміть тканини промежини з заднього плічка плоду, намагаючись не пошкодити його ключицю і не завдати травми тканинам родового каналу. Плечовий пояс народився.*
- 6. Для виведення тулуба обережно охопіть обома руками грудну клітку плоду, вказівні пальці введіть в пахові западини, великі пальці розташуйте вздовж хребта.*
- 7. Тулуб направте вгору по провідній осі пологового каналу, в напрямку живота матері, виведіть з пологових шляхів.*
- 8. Новонародженого викладіть на живіт до матері.*

**СЦЕНАРІЙ ПОЛОГІВ  
ЗАКІНЧЕНО**

## МЕТОДИ ТА КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЧЕК-ЛИСТ

№ п/п	Етапи виконання завдання	Кількість балів (%)	Виконано	Не виконано
<b>Аускультация серцебиття плода</b>				
<b>1</b>	Вибрав точку аускультатії.	<b>2</b>		
<b>2</b>	Підрахував кількість ударів – 90 ударів за хвилину.	<b>2</b>		
<b>Внутрішнє акушерське дослідження</b>				
<b>3</b>	Обробив руки.	<b>1</b>		
<b>4</b>	Одягнув стерильні рукавички.	<b>1</b>		
<b>5</b>	Обробив зовнішні статеві органи пацієнтки 0,5% спиртовим розчином хлоргексидина.	<b>1</b>		
<b>6</b>	Великим і вказівним пальцями лівої руки розвів статеві губи. Середній і вказівний пальці правої руки ввів в піхву.	<b>2</b>		
<b>7</b>	Визначив розкриття маткового вічка в см – 10 см.	<b>2</b>		
<b>8</b>	Визначив наявність навколоплідного міхура – Навколоплідний міхур відсутній.	<b>2</b>		
<b>9</b>	Визначив передлеглу частину – Голівка плода.	<b>2</b>		
<b>10</b>	Визначив розташування голівки щодо площини малого тазу - Голівка плода у вузькій частині порожнини малого тазу.	<b>2</b>		
<b>11</b>	Визначив орієнтирні точки на голівці плода – стрілопобідний шов в прямому розмірі.	<b>2</b>		
<b>12</b>	Визначив орієнтирні точки на голівці плода – мале тім'ячко під лоном.	<b>2</b>		

№ п/п	Етапи виконання завдання	Кількість балів (%)	Виконано	Не виконано
<b>Визначення подальшої тактики ведення пологів</b>				
<b>13</b>	Виставив діагноз: Дистрес плода в пологах.	<b>5</b>		
<b>14</b>	Акцентував увагу на повному розкритті шийки матки.	<b>2</b>		
<b>15</b>	Акцентував увагу на відсутність плодового міхура.	<b>2</b>		
<b>16</b>	Акцентував увагу на клінічну відповідність розмірів тазу матері та голівки плода.	<b>2</b>		
<b>17</b>	Визначив подальшу тактику ведення пологів: накладання вихідних акушерських щипців.	<b>3</b>		
<b>Подальше ведення пологів</b>				
<b>18</b>	Дав розпорядження акушерці вивести сечу.	<b>2</b>		
<b>19</b>	Перевірів АТ – 120/80.	<b>1</b>		
<b>20</b>	Перевірів сатурацію – 97 %.	<b>1</b>		
<b>21</b>	Перевірів пульс – 80 за хвилину.	<b>1</b>		
<b>22</b>	Спросив родільню про самопочуття.	<b>1</b>		
<b>23</b>	Дав розпорядження анестезіологу почати знеболювання.	<b>2</b>		

№ п/п	Етапи виконання завдання	Кількість балів (%)	Виконано	Не виконано
<b>Накладання вихідних акушерських щипців</b>				
<b>24</b>	Перевірів щипці, замкнув їх та поклав на інструментальний столик.	<b>3</b>		
<b>25</b>	Розімкнув щипці та підготував їх для введення	<b>3</b>		
<b>26</b>	Ввів ліву ложку щипців суворого за всіма кроками алгоритму.	<b>5</b>		
<b>27</b>	Ввів праву ложку щипців суворого за всіма кроками алгоритму.	<b>5</b>		
<b>28</b>	Замкнув замок щипців. Замикання відбулося.	<b>5</b>		
<b>29</b>	Повторне накладання щипців (замок не замкнувся)	<b>5</b>		
<b>30</b>	Зробив пробну тракцію. Голівка просувається разом зі щипцями.	<b>2</b>		
<b>31</b>	Повторне накладання щипців зроблене вірно (у разі зісковзування).	<b>3</b>		
<b>32</b>	Провів тракції строго за алгоритмом.	<b>10</b>		
<b>33</b>	Зняв ложки щипців суворого за алгоритмом.	<b>5</b>		
<b>34</b>	Зняв ложки щипців з порушеннями алгоритму.	<b>1</b>		
<b>35</b>	Вилучив плечики та тулуб плода суворого за алгоритмом.	<b>10</b>		
<b>36</b>	Вилучив плечики та тулуб плода з порушенням алгоритму.	<b>2</b>		

<b>Штрафні бали</b>				
<b>37</b>	Повторне накладання щипців зроблене неефективно.	<b>-20</b>		
<b>38</b>	Провів тракції з помилками.	<b>-20</b>		
<b>39</b>	Зняв ложки щипців з порушеннями алгоритму.	<b>-20</b>		
<b>40</b>	Вилучив плечики та тулуб плода з пологових шляхів з порушенням алгоритму.	<b>-20</b>		
<b>41</b>	Зробив інші дії які нанесли шкоду здоров'ю матері або плода.	<b>-20</b>		

Визначення	Чотирибальна національна шкала оцінювання	Рейтингова бальна шкала оцінювання
Виконання 88-100% дій за чек-листом	5 (відмінно)	$170 \leq RD \leq 200$
Виконання 75-87 % дій за чек-листом	4 (добре)	$140 \leq RD < 169$
Виконання 62-74 % дій за чек-листом	3 (задовільно)	$120 \leq RD < 139$
Виконання 61 та менше % дій за чек листом	2 (незадовільно)	$0 \leq RD < 119$

## Література

1. Акушерство. Пирогова В.І., Булавенко О.В., Вдовиченко Ю.П. та ін. – Нова книга. – 2023. – 472 с.
2. Медицина невідкладних станів. І.С. Зозуля, А.О. Волосовець, О.Г. Шекера та ін.; за ред. І.С. Зозулі, А.О. Волосовця. – 2023. – 560 с.
3. Акушерські щипці. Навчальний посібник. Бойко В.І., Сухарєв А.Б. – Суми, 2018. – 116 с.
4. Навчальний посібник з акушерства. За редакцією І. Б. Венцківської, В. П. Лакатоша, Куца В. М.— К., 2018. — РА-ГАРМОНІЯ — 210 с.
5. Акушерство та гінекологія. В. Запорожан, В.Чайка, Л. Маркін. – 2017. – Т.1. – 1042 с.
6. Практикум з фантомного акушерства. Яворський П. Шатило В., Яворська Т. – Медицина. – 2017. – 144 с.
7. Акушерство і гінекологія. В.І. Грищенко, М.О. Щербина, Б.М. Венцківський та ін.; за редакцією В.І. Грищенка, М.О. Щербини. – 2012. – Т.1 – 412 с.