Оперативные влагалищные роды (Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O66.5, O81, O81.0, O81.1, O81.2, O81.3, O81.4, O81.5 · Российское общество акушеров-гинекологов

Оперативные влагалищные роды — родоразрешение через естественные родовые пути с помощью вакуум-экстрактора или акушерских щипцов, с участием роженицы или без него. Рекомендация описывает, когда выбирать этот метод, какие условия и противопоказания нужно проверить, как действовать при неудаче и какие меры нужны после родоразрешения.

Главное

- Перед операцией обязательно уточняют уровень, вид и позицию головки плода, характер вставления, соотношение головки и таза и направление тракций; влагалищное исследование — ключевое условие выбора метода. УУР А, УДД 1.
- При дистрессе плода и отсутствии условий для быстрого самопроизвольного рождения влагалищную родоразрешающую операцию выполняют экстренно. УУР С, УДД 5.
- При быстро ухудшающемся состоянии плода тактика зависит от уровня головки: в широкой части полости малого таза — кесарево сечение, в узкой части — предпочтительно акушерские щипцы, в выходе — щипцы или вакуум-экстракция. УУР С, УДД 5.
- Затяжной второй период родов рассматривают как возможное показание при отсутствии эффекта от окситоцина: более 3 ч у первородящих и 2 ч у повторнородящих без эпидуральной аналгезии; более 4 ч и 3 ч соответственно при эпидуральной аналгезии. УУР С, УДД 5.
- Для операции нужны: отсутствие плодного пузыря, полное раскрытие, живой плод, головное предлежание, соответствие таза и головки, опорожненный мочевой пузырь, обезболивание по показаниям и готовность перейти к кесареву сечению в течение 30 минут при неудаче. УУР С, УДД 5.
- Последовательное рутинное применение вакуум-экстрактора и щипцов не используют из-за роста материнских и неонатальных осложнений; допустимо только в отдельных случаях после сопоставления рисков с экстренным кесаревым сечением. УУР С, УДД 4.
- После наложения щипцов или вакуум-экстракции проводят однократную антибиотикопрофилактику и оценивают риск венозных тромбоэмболических осложнений. УУР В, УДД 2 для антибиотикопрофилактики; УУР С, УДД 5 для оценки ВТЭО.

Диагностика

1. Соберите анамнез и учтите результаты обследований и консультаций смежных специалистов, чтобы уточнить показания к оперативному родоразрешению. УУР С, УДД 3.
2. Учитывайте оперативные влагалищные роды с родовой травмой в анамнезе: после таких родов выше риск повторных оперативных родов и кесарева сечения. УУР В, УДД 4.
3. Оцените состояние роженицы: общее состояние, частоту сердцебиения и дыхания, артериальное давление; это помогает выбрать между методом с исключением потуг и методом с активным участием роженицы. УУР С, УДД 4.
4. Перед операцией выслушайте сердцебиение плода; отсутствие сердечной деятельности означает гибель плода и является противопоказанием к влагалищной родоразрешающей операции. УУР С, УДД 4.
5. Проведите влагалищное исследование: определите анатомические ориентиры таза, уровень, вид, позицию и вставление головки, исключите несоответствие и задайте направление тракций. УУР А, УДД 1.
6. Если клинически трудно определить положение, вид или позицию головки, используйте УЗИ при наличии времени, оборудования и специалиста в родильном блоке. УУР С, УДД 4.
7. После оперативных влагалищных родов при возможности возьмите кровь из пуповины для определения КОС, особенно если у новорожденного нарушена адаптация в первые минуты жизни. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Если потуги противопоказаны из-за осложнений беременности или соматического заболевания, метод родоразрешения — кесарево сечение или акушерские щипцы — определяют планово, в антенатальном периоде, с согласованием с беременной. УУР С, УДД 5.
- Перед влагалищной операцией получите добровольное информированное согласие после объяснения процедуры и рисков. УУР С, УДД 5.
- Обезболивание подбирают по ситуации; при уже установленной нейроаксиальной аналгезии оптимально ее продлить. Для нейроаксиальной аналгезии применяют ропивакаин, бупивакаин, лидокаин или левобупивакаин. УУР А, УДД 2.
- Перед общей анестезией проводят преоксигенацию 100% кислородом 3 минуты. Возможные препараты: тиопентал натрия 4–5 мг/кг в/в, пропофол не выше 2,5 мг/кг; при кровотечении препарат выбора — кетамин 1 мг/кг. УУР А, УДД 2.
- Эпизиотомию при щипцах или вакуум-экстракции выполняют не рутинно, а по клиническим данным и с согласия роженицы; возможна срединно-латеральная эпизиотомия под углом 60° при упоре головки в ткани промежности. УУР С, УДД 5.
- Критерии неудачи вакуум-экстракции: нет продвижения при правильной чашечке и тракции, головка не опустилась за 3 тракции, чашечка соскользнула более 2 раз; операцию не продолжают, если головка не опустилась после 3 тракций, общая длительность — не более 20 минут.
- Критерии неудачи щипцов: трудно ввести ложки или сомкнуть замок, нет продвижения при правильном положении ложек и тракции, головка не опустилась за 3 тракции; при неудаче выполняют кесарево сечение.
- Антибиотикопрофилактика однократно после щипцов или вакуум-экстракции: цефазолин 1 г в/в медленно, или цефуроксим 1,5 г в/в медленно, или амоксициллин/клавулановая кислота 1,2 г в/в медленно, или ампициллин/сульбактам 1,5 г в/в медленно; при аллергии на пенициллины и/или цефалоспорины — эритромицин 250 мг внутрь. УУР В, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- При плановых показаниях к оперативному родоразрешению беременную направляют в акушерский стационар II или III уровня по региональной маршрутизации.
- При неотложных или экстренных показаниях к вакуум-экстракции или наложению щипцов операцию выполняют в том стационаре, где пациентка находится на момент установления диагноза.
- Выписку проводят по течению послеродового периода; родильницу выписывают с рекомендациями для наблюдения в женской консультации по месту жительства.

Частые вопросы

Когда выбирать щипцы, а когда вакуум-экстракцию?

Выбор зависит от состояния плода, уровня головки и опыта врача. При быстро прогрессирующем нарушении состояния плода: широкая часть таза — кесарево сечение, узкая часть — предпочтительно щипцы, выход — щипцы или вакуум-экстракция.

Какие противопоказания к оперативным влагалищным родам?

Противопоказаны анатомическое сужение таза 2–3 степени или клинически узкий таз, тазовое и лобное предлежание, а также лицевое предлежание для вакуум-экстракции, положение головки выше широкой части полости малого таза (выше узкой части — для акушерских щипцов), невозможность определить уровень и вставление головки, высокая вероятность повреждения кожных покровов плода при активной вирусной инфекции у матери. Для вакуум-экстракции дополнительно: необходимость исключить потуги, риск кровотечения у плода при тромбоцитопении или гемофилии, нарушение остеогенеза, дистресс плода при головке выше плоскости выхода таза, недоношенность менее 34 недель.

Сколько можно продолжать вакуум-экстракцию?

Общая длительность операции не должна превышать 20 минут. Процедуру прекращают, если головка не опустилась после трех тракций или чашечка соскользнула более двух раз при правильной тракции и максимальном отрицательном давлении.

Нужна ли антибиотикопрофилактика после щипцов или вакуум-экстракции?

Да, показана однократная антибиотикопрофилактика, потому что операция повышает риск послеродовых инфекционных осложнений. Варианты включают цефазолин 1 г в/в медленно, цефуроксим 1,5 г в/в медленно, амоксициллин/клавулановую кислоту 1,2 г в/в медленно или ампициллин/сульбактам 1,5 г в/в медленно; при аллергии на пенициллины и/или цефалоспорины — эритромицин 250 мг внутрь.

Что делать после оперативных влагалищных родов для профилактики недержания мочи?

Назначают упражнения для восстановления тонуса мышц тазового дна. Это снижает частоту и выраженность недержания мочи, которое после оперативных влагалищных родов встречается почти в одной трети наблюдений. УУР А, УДД 2.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/775-operativnye-vlagalishchnye-rody-rody-odnoplodnye-rodorazreshenie-s. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/775_1