

Препоръки за оперативно вагинално родоразрешение

Изготвено от работна група на Българското дружество по акушерство и гинекология

Тези препоръки бяха изготвени въз основа на клиничния опит на работната група, препоръките за поведение на Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, както и The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists

Специалност: Акушерство и гинекология

Ключови думи: раждане; вакуум-екстрактор; форцепс;

Резюме

Целта на тези препоръки е да осигурят актуална информация относно използването на форцепс и вакуум-екстрактор при оперативно вагинално родоразрешение (ОВР). Използването на инструменти по време на раждане (вакуум-екстрактор или форцепс) може да бъде наложително за да се осигури сигурност на вагиналното раждане. Използването на тези инструменти се препоръчва в случаите, когато изчакването е свързано с по-високи рискове за майката и/или плода. Изборът на инструмент зависи от конкретната клинична ситуация, тъй като всяко раждане е различно. Има различни видове вакуум-екстрактори и форцепси, като всеки от тях има различни преимущества, както и потенциални недостатъци. Акушер-гинеколозите трябва да са компетентни и да се чувстват уверени при употребата на двата инструмента. За да бъде постигнато това, първо е необходимо да се натрупа опит при спонтанните вагинални раждания. Целта на оперативното вагинално родоразрешение е да наподобява максимално биомеханизма на спонтанното раждане и в същото време да е с минимален риск от усложнения за майката и плода. Тези препоръки обхващат индикациите, контраиндикациите и условията за оперативно вагинално родоразрешение, правилния избор на инструмент, аспекти на безопасна клинична практика, избягване на възможни усложнения, като ще бъдат разгледани и някои по-особени обстоятелства. Настоящите препоръки касаят ОВР при главично предлежание на плода.

Класификация на оперативните вагинални раждания

Оперативните вагинални раждания се класифицират според позицията на тила и необходимостта от извършване на ротация:

| | |
|----------|---|
| Изходящи | Глава в изхода на таза, завършена ротация, sutura sagittalis е в правия диаметър на изхода на таза, скалпът на плода се вижда през rima pudendi без да се разтварят лабиите. При незавършена ротация тя не превишава 45° . |
| Ниски | Водещата точка е на нивото между +2 см. от linea interspinalis и изхода на таза. Ротацията може да не е завършена и да превишава 45°. |
| Средни | Водещата точка е на нивото между linea interspinalis(нулева линия) и +2 см., sutura sagittalis е в един от косите диаметри, ротацията е не повече от 45° при предно тилно предлежание или повече от 45° при задно тилно предлежание |
| Високи | Главата не е ангажирана в таза, водещата точка е над linea interspinalis. Не се препоръчва в съвременната практика. |

Условия за извършването на ОВР (Ниво А)

Към ОВР с вакуум-екстрактор или форцепс може да се пристъпи само когато са изпълнени следните условия:

- пълно разширение на маточната шийка
- водещата точка да се намира на нивото на Linea interspinalis(LI) или по-ниско
- пукнат околоплоден мехур
- да няма пелвио-фетална диспропорция
- плодът да бъде жив

Стриктното спазване на тези условия намалява рисковете при ОВР за майката и плода.

Индикации за извършването на ОВР (Ниво А)

Преди да се пристъпи към ОВР, трябва да се преценят ползите и рисковете от извършването му и да се реши кое е най-удачното поведение – изчакване, преминаване към цезарово сечение или ОВР.

Индикации от страна на майката :

- Нарушение на родовата дейност – вторична родова слабост в периода на изгонването и продължително задържане на главата в една плоскост на таза. Времетраенето на втори период на раждането се приема, че при примипари може да продължи до 2 часа (3 часа при наличие на епидурална аналгезия), а при мултипари - 1 час (2 часа при наличие на епидурална аналгезия). Трябва да се отбележат няколко факта при вземане на решението за времетраенето на втория период :
 1. Има по-висок риск за плода при продължително напъване във втория период на раждането или когато подлежащата част се задържа дълго време на перинеума. В тези случаи е необходимо стриктно мониториране на състоянието на плода.
 2. Трябва да се вземе предвид изтощението на майката и отражението му върху прогреса на раждането.
 3. Увреждането на тазовото дъно и на функцията на аналния сфинктер стават по-чести при по-голяма продължителност на втория период на раждането.
- Заболявания на бременната, които изискват бързо родоразрешение – тежка прееклампсия, еклампсия и хипертония, абрупция на плацентата.
- Заболявания на бременната, при които тя не трябва или не може активно да напъва – тежки сърдечни (ФК III и IV по NYHA), съдови, очни, белодробни, неврологични и други заболявания на раждащата, поради опасност от влошаване на основното заболяване.

Индикации от страна на плода :

- Симптоми на хипоксия/асфиксия на плода – промени в кардиотокографския запис, АКС, наличие на зелени или кални околоплодни води
- Пролапс на пъпна връв
- Разкъсване на подлежащи съдове при ципесто прикрепване на пъпната връв към плацентата

Контраиндикации за извършването на ОВР (Ниво А)

- Липса на условия за ОВР
- Заплашваща или станала руптура на матката
- Плацента превия
- Дефлексионни предлежания с тил обърнат напред към симфизата

- Допълнителни контраиндикации за раждане с вакуум екстрактор са дефлексионни предлежания , както и срок на бременността по-малък от 34-та гестационна седмица, поради повишен риск от интракраниални кръвоизливи. Относителните контраиндикации включват използването на вакуум-екстрактор между 34-та и 36-та седмица на бременността, както и след взимане на проба за АКС от предлежащата част.

Оперативното вагинално родоразрешение потенциално може да доведе до увреждания на майката и плода. Поради това е препоръчително да се правят опити за безопасно намаляване на необходимостта от ОВР. Те може да включват мерки като :

- Изправено или странично положение на раждащата през втория период на раждането. (Ниво А)
- Епидурално обезболяване – сравнено с други методи за обезболяване, епидуралното обезболяване се свързва с по-висока честота на ОВР, но разликата може да се дължи на усложнения свързани с раждането, а не на самото обезболяване. (Ниво А)
- Разумното прилагане на окситоцинова инфузия след внимателна преценка с продължително мониториране на плода може да редуцира честотата на ОВР. Доказано е , че разумното използване на окситоцинова инфузия през втория период на раждането при първескини с епидурална аналгезия води до намаляне на употребата на изходящ форцепс. (Ниво А)
- При първораждащи жени с епидурална аналгезия може да намали честотата на средни оперативни раждания с ротация когато се практикува отлагане на напъните до 2 часа или до поява на силно чувство за напън, при условие че няма данни за фетално страдание. (Ниво А)

Извършване на ОВР

За да бъде безопасно ОВР са нужни внимателна оценка на клиничната ситуация, ясна комуникация с раждащата и процедурата да бъде осъществена от или в присъствието на акушер с необходимия опит с избрания метод на раждане, както и с възможност за посрещане на усложненията, които може да настъпят.

Подготовка на раждащата (Клас I)

Задължително жената трябва да е информирана преди раждането за възможността от оперативно вагинално раждане, особено при първа бременност. Трябва да е дала писмено съгласие за тези методи на родоразрешение. Преди пристъпване към ОВР е необходимо да се разясни достатъчно ясно на пациента предстоящата процедура. Необходимо е да се приложи определен вид аналгезия, особено при средните оперативни вагинални раждания с ротация на феталната глава. ОВР се извършва при спазване правилата на асептиката. Необходимо е пикочният мехур на жената да е изпразнен скоро преди процедурата.

Цялостен абдоминален и вагинален преглед (Клас I)

Преди налагането на вакуум-екстрактор или форцепс задължително се извършва пълен вагинален и абдоминален преглед. Установява се пълно разширение на маточната шийка и руптура на околоплодния мехур. Определянето на позицията на главата е от особено важно значение за да се постигне правилно въвеждане на уреда избран за ОВР. Оценява се дали има *caput succedaneum*, извършва се оценка на размерите на таза.

Подготовка на екипа (Клас I)

Операторът трябва да има познания, квалификация и опит за извършване на ОВР. Винаги трябва да има условия за преминаване към цезарово сечение в рамките до 30 минути, особено ако се прилага среден вакуум или форцепс. В тези случаи е задължително наличието на старши акушер с достатъчно опит. При оперативното вагинално раждане е необходимо да се предвидят и усложнения които може да възникнат след това -раменна дистокция, постпартално кръвотечение. Задължително е присъствието на неонатолог.

Повишен риск от неуспех на ОВР се наблюдава при:

ВМІ на раждащата по-голям от 30 (Ниво А)

Очаквано тегло на новороденото над 4 кг. (Ниво А)

Задно-тилно предлежание (Ниво А)

Глава, разположена в разширението на таза (Ниво А)

Извършване на епизиотомия при ОВР (Ниво В, Клас IIa)

Ролята на рутинното правене на епизиотомия при оперативно вагинално раждане остава не напълно изяснена. Редица големи проучвания доказват протективния ефект на медиолатералната епизиотомия и редуцирането на рискът от травми на аналния сфинктер при вакуум-екстрактор и форцепс, докато други не намират такава връзка. Главните рискови фактори за увреждане на аналния сфинктер се явяват примипаритетът, задно-тилно

предлежание и високо тегло на плода. Така поради липса на силни доказателства, подкрепящи ползите от рутинното извършване на епизиотомия при ОВР се допуска индивидуална преценка на оператора извършващ процедурата.

Вакуум екстракция

Идеалната позиция на пелотата е на 6 см. от голямата фонтанела(не по-малко от 3 см.) и на 3 см. от малката по срединната линия върху sutura sagittalis (Ниво А). Такова поставяне на пелотата поддържа флексията на главата по време на тракциите и се подобрява възможността за ротация на главата, ако е необходимо. Пелотата трябва да се разполага върху sutura sagittalis , а не върху едната или другата париеални кости. Така се избягва създаването на асинклетизъм при тракциите. Правилно поставяне на пелотата е затруднено при различна степен на дефлексия на главата или при асинклетизъм. Важно е да се провери за липса на меки тъкани от родовия канал под пелотата както преди, така и след създаване на негативното налягане.

Препоръзаното негативно налягане е 500-600 mmHg (Ниво А). Бързото постигане на това налягане съкращава времето, без да засяга ефективността и сигурността на процедурата. Тракциите трябва да са постоянни по сила и само по време на маточни контракции и при напън. Тракциите трябва да се осъществяват по проводната линия на таза, като при всяка тракция с помощта на свободната ръка трябва да се проследява спускането на главата. На този етап няма консенсус относно максимално допустимото време за тракции, броя на тракциите и броя повторни налагания на пелотата.

- Препоръчва се горна граница на продължителността на тракциите от 20 минути при първо налагане на пелотата. Ако след 15 минути раждането не предстои операторът трябва да прецени дали по-нататъшни тракции са оправдани или дали не трябва да се премине към извършване на цезарово сечение (Ниво В). Трябва да се отбележи, че в случаите когато главата е ангажирана и е дълбоко в таза (и не се очаква плод с макрозомия), завършването на раждането с вакуум-екстрактор или форцепс може все още да е по-безопасния начин за раждане в сравнение с цезаровото сечение.
- Много опитни оператори предлагат максимум три тракции(определени като тракции при три контракции, независимо от броя на напъните), когато няма спускане на предлежащата част, въпреки че извършването на повече тракции може да е приемливо ако главата на плода се е спуснала до тазовото дъно или перинеума, особено ако до момента не е направена епизиотомия (Ниво А).
- Отделянето на пелотата не бива да се възприема като безопасно събитие, тъй като бързата декомпресия може да доведе до увреждане на кръвоносните съдове и до

интракраниални кръвоизливи. Приемливия брой отделения на пелотата зависи от това дали се дължи на причини от страна на апаратурата, на лошо поставяне на пелотата и/или на твърде силни тракции. До три отделения на пелотата като цяло се считат за приемливи, но повторното налагане при всеки случай трябва да е след като е отбелязан категоричен напредък в спускането на подлежащата част от предишните тракции или главата се намира на перинеума. (Ниво В)

Форцепс с ротация (Клас IIb)

Въпреки намаляването на употребата на форцепси с ротация на главата през последните три десетилетия, скорошни проучвания подкрепят тяхното прилагане. По преценка на оператора може да се започне с опит за мануална ротация на главата и при неуспех да се премине към налагане на форцепс на Kielland. Сравнено с цезаровото сечение се наблюдава малък, но висок риск от вътречерепни кръвоизливи и увреждане на шийния отдел на гръбначния стълб на плода. Използването на вакуум-екстрактор също може да доведе до ротация на главата, но неуспехите са по-чести от форцепса. Въпреки това тези два метода си остават възможни и допустими в ръцете на опитни оператори.

Избор на инструмент - форцепс или вакуум-екстрактор. Усложнения и неуспех при ОВР.

Операторът трябва да избере инструмента, който е най-подходящ за конкретния случай или с който има най-голям опит (Ниво А). Ражданията с форцепс и вакуум-екстрактор имат различни ползи и рискове. Вагиналното раждане е по-вероятно да бъде успешно при употреба на форцепс(Ниво А). Също така при използване на форцепс раждането обикновено е по-бързо (Ниво В).

При раждане с вакуум-екстрактор се наблюдават по-често някои усложнения – кефалхематом, ретинални кръвоизливи при плода, неонатална жълтеница, раменна дистокия (Ниво А). Употребата на форцепс обаче води по-често до големи разкъсвания на влагалището и перинеума, включително и комплетни руптури със засягане на аналния сфинктер (Ниво А). При неправилно налагане се повишава риска от по-тежки увреждания на плода – интракраниални кръвоизливи, фрактура на кости, пареза на nervus facialis. По-често се наблюдава и фекална инконтиненция (Ниво А).

Прекратяване на опитите за ОВР (Ниво А)

Оперативното вагинално раждане трябва да бъде прекратено при липса на прогрес на спускането на главата при правилно наложен инструмент от опитен акушер. Също така ОВР се прекратява при раждане с форцепс ако форцепсът не може да бъде наложен лесно, или не може да бъде сключен. Трябва да се оцени отново клиничната ситуация и да се вземе решение дали да се премине към друг вид инструментално раждане или към извършване на цезарово сечение.

Последователна употреба на вакуум-екстрактор и форцепс.

Последващото налагане на форцепс след употребата на вакуум-екстрактор е съпроводено с повишен риск от травма на плода и майката, сравнено с използването само на форцепс или вакуум-екстрактор. Тези изводи трябва да се обмислят внимателно, особено имайки предвид, че раждането с вакуум-екстрактор е първият метод на избор в съвременното акушерство (Ниво В). Повишаването на употребата и на двата уреда за ОВР е неизбежно следствие от по-честата употреба на вакуум-екстрактор в клиничната практика.

Алтернатива на последователната употреба на вакуум и форцепс е извършването на цезарово сечение след неуспешен опит за оперативно вагинално раждане с един вид инструмент. Тези цезарови сечения са по-трудни, главата на плода е дълбоко в таза, и са свързани с по-висока майчина заболеваемост(по-голяма постпартална кръвозагуба, по-често кръвопреливане, кървене, по-чест престой в интензивно отделение, по-често нараняване на пикочния мехур, по-често извършване на хистеректомия) и неонатална заболеваемост(неонатална ацидоза, интракраниални кръвоизливи, необходимост от реанимация) (Ниво В).

Постпартално проследяване след ОВР

Постпарталните грижи след ОВР касаят основно обезболяване на жената, проследяване на функцията на пикочния мехур, профилактика на тромбоемболични усложнения и грижи за тазовото дъно.

- Обезболяване след ОВР може да се осигури чрез използване на парацетамол или нестероидни противовъзпалителни средства, при липса на противопоказания за употребата им (Клас Па). Ако болката не се повлиява от тези средства е нужно да се извърши клинична преценка и да се изключи наличието на усложнения като хематом или инфекция.

- Няма достатъчно убедителни данни, подкрепящи необходимостта от антибиотична профилактика след ОВР (Клас IIb).
- След ОВР трябва да бъде направена оценка за рисковете от тромбоемболизъм и при нужда се препоръчва назначаването на профилактична тромбопрофилактика с нискомолекулярен хепарин. Утежняващи фактори са удълженото раждане, индекс на телесна маса >30, прееклампсия и постпартална кръвозагуба >1000 мл. (Ниво С)
- Рискът от ретенция на урина след ОВР е по-висок, особено ако е била приложена спинална или епидурална аналгезия по време на раждането. Поради това е необходимо стриктно проследяване на микциите след раждането и при необходимост да се провежда катетеризация на пикочния мехур за да се предпази пикочния мехур от преразтягане и увреждане на функцията му. Удачно е всяко лечебно заведение да има протокол за избягване на тези усложнения. (Ниво С)
- Правилно проведени упражнения за възстановяване на тазовото дъно се препоръчват след ОВР. Има доказателства, че тези упражнения намаляват честотата на уринна инконтиненция при жени след инструментално вагинално раждане и/или са родили плод с тегло >4000 г. (Клас I)

След ОВР е необходимо да се даде информация на пациентката за причините, довели до прилагането на вакуум-екстрактор или форцепс, за усложненията които са настъпили и тяхното коригиране, както и за прогнозата за бъдещите бременности. Тези мерки може да намалят стреса при планиране на следващите бременности. Трябва да се знае, че след ОВР шансът за успешно спонтанно раждане при последваща бременност е между 78% и 91%. (Клас I)

Всички препоръки са на основата на базирани на доказателства резултати. Там където няма убедителни проучвания но има достатъчно ясни консенсуси, са предложени препоръки базирани на тези консенсуси или са допълнени съществуващите. Включени са и бележки от добрата медицинска практика, които предоставят практически насоки за улесняване на решенията.

Литературна справка:

1. Royal College of Obstetricians & Gynecologists. Green-top Guideline No. 26: Operative vaginal delivery; 2011
2. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Instrumental vaginal birth; 2016

