

Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «30» января 2023 года
Протокол №178

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ (ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА)

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
O66	Другие виды затрудненных родов
O66.1	Затрудненные роды (дистоция) вследствие предлежания плечика

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2013 год (пересмотр 2022 год).

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

ДП – Дистоция плечиков

ИМТ – Индекс массы тела

СД – сахарный диабет

1.4 Пользователи протокола: врачи акушеры-гинекологи, акушерки.

1.5 Категория пациентов: роженицы.

1.6 Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.

	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+).
C	Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

1.7 Определение ^[1]: **Дистоция плечиков** – осложнение родов после рождения головки плода/ в головном предлежании, **вследствие отсутствия самопроизвольного опускания плечевого пояса**, а легкие низводящие тракции не эффективны **в течение более 60 секунд**. При этом переднее плечико упирается в лонное сочленение или заднее плечико - в мыс крестца, что предполагает дополнительных акушерских вмешательств (маневров).

1.8 Классификация: нет.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ ^[2, 3, 4]:

2.1 Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез: нет.

Физикальное обследование:

- головка плода родилась, но шея осталась плотно охваченной вульвой «симптом черепахи»;
- подбородок втягивается и опускает промежность;
- если плечики не рождаются в течение минуты после рождения головки;
- осторожное потягивание за головку не сопровождается рождением плечика.

Лабораторные исследования: нет.

Инструментальные исследования: нет.

Показания для консультации специалистов: нет.

2.2 Диагностический алгоритм:

Антенатальные факторы риска:

- макросомия плода;
- сахарный диабет у матери;
- ожирение у матери;
- перенашивание беременности;
- плод мужского пола;
- аномалии таза у матери;
- дистоция плечиков в предыдущих родах (12-70%);
- высокий паритет.

Интранатальные факторы риска:

- затянувшийся I период родов;

- затянувшийся II период родов;
- индукция родов;
- родоусиление окситоцином;
- стремительные роды;
- давление на матку извне (прием Кристеллера);
- вагинальное оперативное родоразрешение;
- ятрогенные (форсированные тракции головки).

Наивысшая комбинация рисков

- макросомия плода;
- перенашивание;
- сахарный диабет у матери;
- ожирение матери;
- дистоция плечиков в анамнезе;
- индукция родовой деятельности, родоусиление;
- оперативное влагалищное родоразрешение.

NB! Будьте готовы к возникновению дистоции плечиков при всех родах, особенно если ожидается крупный плод.

NB! Развитие дистоции плечиков нельзя предвидеть!

Скрининг на 36 неделе беременности: Расспросить беременную, была ли дистоция плечиков при предыдущих родах, весил ли ребенок более 4000 грамм (макросомия плода) при предыдущих родах, есть ли набор веса более 20 кг, индекс массы тела более 35, сахарный диабет.

Если ответ положительный на один из этих вопросов, следует более внимательно подойти к ведению беременной вплоть до родов. Необходимо присутствие акушера-гинеколога на родах.

2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований: нет.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ: нет.

4. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: нет.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

Цели лечения: выведение плечевого пояса с минимальным риском травматизации новорожденного и матери.

Тем не менее, поддающиеся лечению травматические повреждения (например, перелом ключицы или длинных костей плода, разрыв половых

путей у матери) допустимы, если это оправдано для предотвращения необратимых травм у ребенка.

Профилактические мероприятия: учитывая, что прогнозировать дистоцию плечиков невозможно медицинский персонал должен уметь оказывать пособия при дистоции плечиков. Кроме того, при подозрении на возможную дистоцию плечиков (гестационный диабет у беременной, крупный плод) к приему родов должна быть готова бригада самых опытных врачей-акушеров и неонатологов.

NB! Необходимо провести максимально достоверную оценку массы плода (клиническую или ультразвуковую), которая должна быть отмечена при медицинском осмотре при поступлении в родах.

5.1 Немедикаментозное лечение:

Алгоритм (приложение 1)

NB! Следует фиксировать время постановки диагноза дистоции плеча, способ постановки диагноза и положение головки плода. Следует отметить время вызова педиатра и анестезиолога на роды.

NB! Каждый из шагов, предпринятых для разрешения дистоции, порядок их выполнения и результаты должны быть описаны. Прошедшее время должно быть записано как можно точнее (приложение 2).

Если роженица лежит на спине, в первую очередь следует выполнить **маневр МакРоберта**: согнуть оба бедра, приведя колени к груди, а затем вытянуть ноги. Это маневр можно повторить несколько раз (до 5). При этом ассистент должен выполнить умеренное давление в области надлобкового симфиза, чтобы протолкнуть плечико ребенка.

Маневр МакРоберта – это эффективный прием, процент его эффективности, согласно мировому опыту, достигает 90%. Его применение обеспечивает более низкую долю осложнений, он является наименее инвазивным приемом и должен применяться в первую очередь

NB! Не использовать давления на дно матки. *Прием Кристеллера может привести к дальнейшему усилению воздействия плечика на матку и привести к ее разрыву.



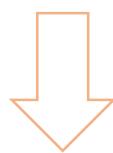
Маневр Макроберта без эффекта



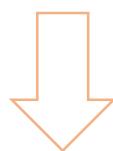
Имеет смысл попробовать изменить положение и встать на четвереньки.
Прием Гаскин (при наличии условий)



Если плечико все еще не родилось



Следует предпринять попытку повернуть плечико, находящееся сзади (прием Вудса, Рубина). Надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище. Надавите на плечико, которое находится кзади по направлению к грудине, и выполните вращение.



Если плечико, несмотря на перечисленные мероприятия, все еще не родилось



Выполните прием de Jacquemier (прием Жакмира)
Ведите руку во влагалище. Следуйте по ручке, которая находится кзади, от плеча до локтя. Обычно спереди от груди плода. Согните ручку в локтевом суставе. Вытяните ручку «умывающим» движением. Это высвободит место для плеча, которое находится спереди для его прохождения под симфизом.



Если несмотря на перечисленные мероприятия, плечико все еще не родилось



При отсутствии рождения плечевого пояса необходимо произвести следующий прием: сломайте ключицу для уменьшения ширины плечевого пояса и высвободите плечо, находящееся спереди. Потяните за подмышечную впадину для извлечения ручки, находящейся сзади.

Лапаротомия (при наличии условий): сначала предпринимается попытка надавить на плечо в поперечной проекции, не разрезая матку. Если это не удается, следует разрезать матку и выполнить давление на переднее плечико, чтобы уменьшить его в диаметре.

Сложно установить временные границы, в течение которых должны быть проведены процедуры при дистоции плечиков, поскольку точные данные в этом отношении отсутствуют, но можно исходить из того, что ишемическая энцефалопатия, вызванная гипоксией, встречается редко, если время проведения всех процедур не превышает пяти минут.

NB! Газы пуповины (артериальные и венозные) должны быть получены при рождении во всех случаях дистоции плеча, даже если у новорожденного нет признаков асфиксии.

Следует руководствоваться простым правилом для расчета усиливающегося ацидоза: 0,01 – 0,04 единицы на минуту времени.

pH 7,26 -> pH 7,22 – 1 минута

pH 7,26 -> pH 7,18 – 2 минуты

pH 7,26 -> pH 7,10 – 4 минуты

pH 7,26 -> pH 7,02 – 6 минут

5.3 Медикаментозное лечение: нет.

NB! прекращение индукции родов.

5.4 Хирургическое вмешательство:

- Провести эпизиотомию для уменьшения препятствий со стороны мягких тканей и для высвобождения пространства для манипуляций.

- В ситуации дистоции плечиков экстренное кесарево должно быть желательно проведено в течение 5 минут.
- Плановое кесарево сечение проводится при следующих ситуациях: предполагаемый вес ребенка выше 4500 грамм, дистоция в анамнезе с актуально ребенком такого же веса, либо, с более высоким весом.

5.5 Дальнейшее ведение:

При показаниях со стороны ребенка – своевременная консультация/консилиумы с профильными специалистами, назначение и проведение соответствующего лечения – ортопедического, нейрохирургического, реконструктивно-хирургического и др.

5.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- рождение здорового новорожденного;
- отсутствие осложнений у родильницы.

При дистоии плечиков возможны следующие осложнения:

Со стороны матери:

- разрывы влагалища, промежности, шейки матки;
- разрыв матки, инволюция матки;
- гиповолемический шок;
- эмболия околоплодными водами.

Со стороны ребенка:

- повреждения плечевого сплетения, с такими возможными последствиями, как парез руки, либо паралич дыхания;
- переломы плечевой кости и/или ключицы;
- гипоксия, церебральный парез;
- смерть.

При таком тяжелом осложнении, как дистоия плечиков, перечисленные осложнения могут наступить и являются ошибкой лишь в случае неправильного проведения отдельных маневров/манипуляций.

Индикаторами качества могут служить такие показатели, как низкая степень повреждений матери и ребенка, выписка ребенка с матерью в здоровом состоянии.

При наличии повреждений у ребенка – своевременное проведение дальнейшего лечения профильными специалистами: нейрохирург, ортопед, пластический хирург.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола:

- 1) Шиканова Светлана Юрьевна – кандидат медицинских наук, профессор, акушер-гинеколог, руководитель кафедры акушерства и гинекологии №1, НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».
- 2) Каримова Бахыт Жарылгаповна – кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1, НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».
- 3) Гайдай Андрей Николаевич - PhD, доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».
- 4) Смагулова Газиза Ажмагиевна – врач клинический фармаколог, профессор, руководитель кафедры фармакологии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

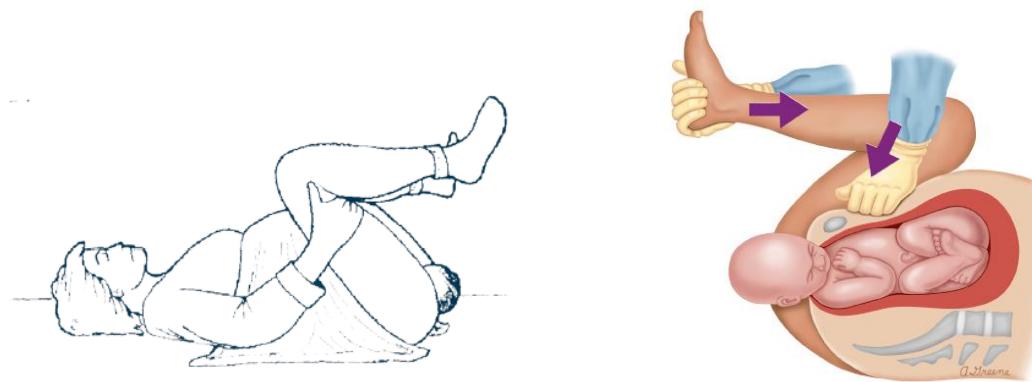
6.3 Рецензенты: Амирбекова Жанна Туймебаевна – PhD, акушер-гинеколог, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии НАО «Медицинский университет Караганды».

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

- 1) John F. Rodis: Shoulder dystocia: Intrapartum diagnosis,Risk factors and planning delivery of high-risk pregnancies, uptoDate (2017, reaffirmed 2019)
- 2) John F. Rodis: Shoulder dystocia: Risk factors and planning delivery of high-risk pregnancies, uptoDate 2020
- 3) Chisholm Andrea: Shoulder dystocia DynaMed 2020 4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Practice bulletin on shoulder dystocia (2017, reaffirmed 2019)
- 4) Клинические рекомендации: Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика. Профессиональные ассоциации ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ). 2020

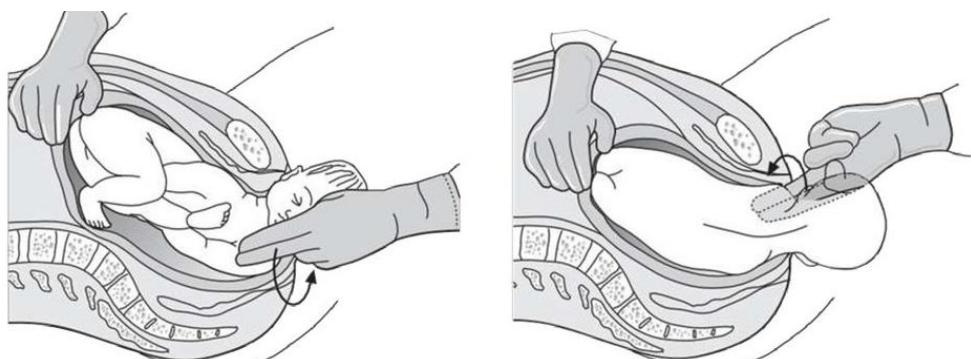
Приложение1



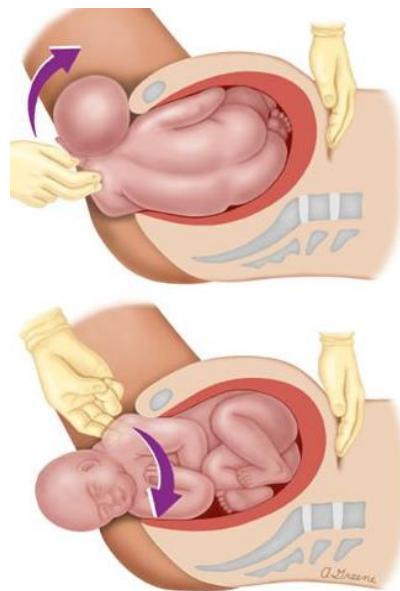
Приём МакРобертс



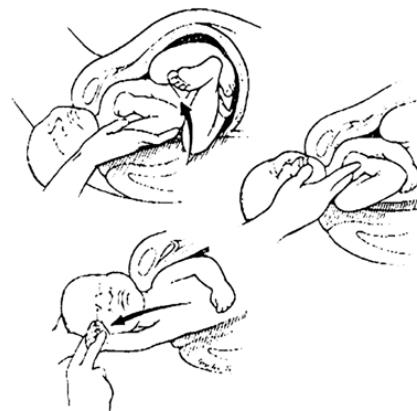
Надлобковое давление



Прием Вудса (обратный винт)



Прием Рубина

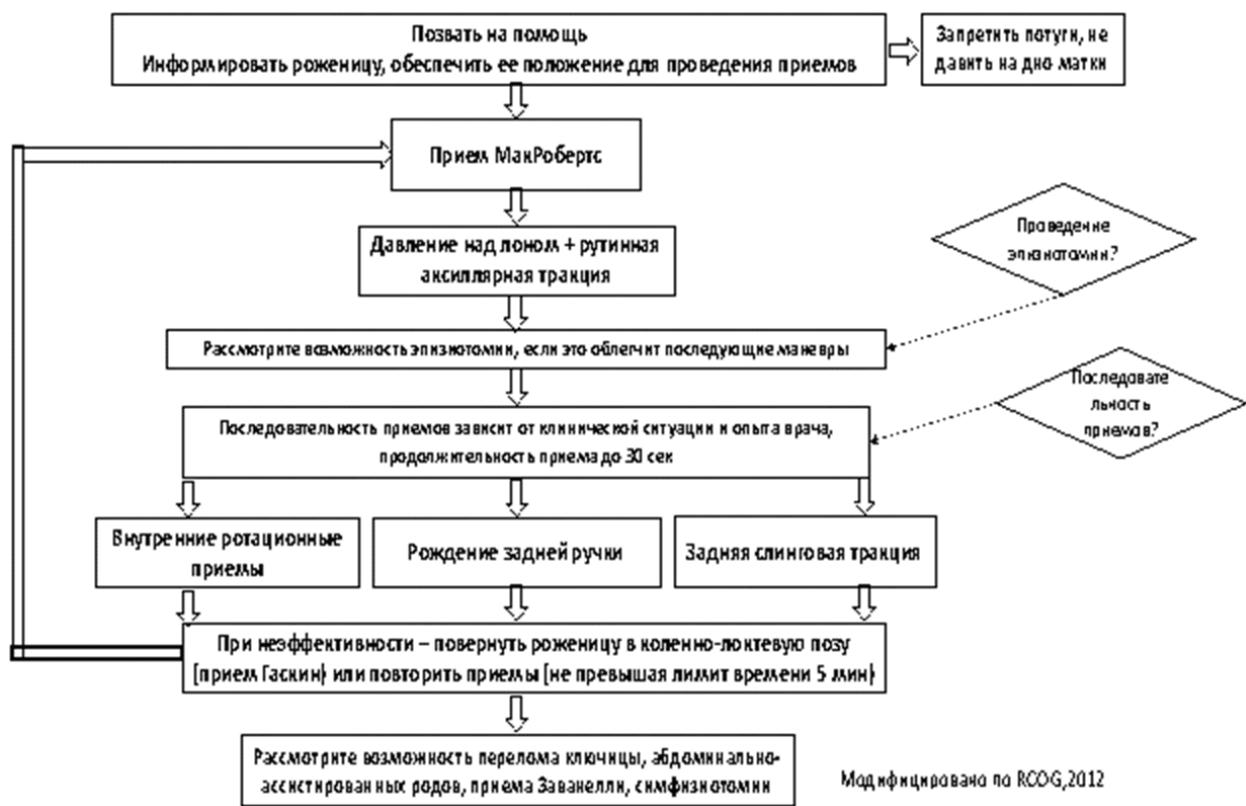


Извлечение задней ручки (прием Жакмира)



Прием Гаскин

Приложение 1а



Приложение 2. Контрольный лист при дистоции плечиков

Этап оказания помощи	Описание этапа	Время	<input checked="" type="checkbox"/>
1. Вызов помощи	Активизировать экстренное оповещение персонала Вызвать по помощь дополнительный персонал <i>акушер-гинеколог</i> <i>акушерка</i> <i>неонатолог</i> <i>анестезиолог</i> Контакт с роженицей и ее партнером		<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2. Прием Мак-Роберта	Перевести роженицу в литотомическую позицию Согнуть оба бедра, привести колени как можно ближе к груди Ассистент надавливает на согнутые колени, прижимая их максимально к груди		<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<i>При отсутствии рождения плечевого пояса применить следующий прием</i>		
3. Надлобковое давление	Встать сбоку роженицы со стороны спинки плода и установить руки над лобком, как при СЛР Произвести непрерывное или «толчкообразное» надавливание в косо-латеральном направлении от спинки к груди Дополнительно применить прием Мак-Роберта		<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4. Эпизиотомия	Рассмотреть необходимость эпизиотомии (рассмотреть необходимость в эпизиотомии) Произвести антисептическую обработку поля и инфильтрационную анестезию Произвести эпизиотомию (латеральную перинеотомию)		<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<i>При отсутствии рождения плечевого пояса применить следующий прием</i>		
5. Прием Рубина	Надеть стерильные перчатки и ввести руку во влагалище со стороны спинки плода. Надавить на переднее плечико по направлению от спины к груди плода. При необходимости надавить на заднее плечико, по направлению от спины к груди плода.		<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<i>При отсутствии рождения плечевого пояса применить следующий прием</i>		
6. Прием Вудса	Установить одну руку на переднее плечико сзади. Ввести вторую руку во влагалище установить на заднее плечико спереди Надавить одновременно на переднее плечико сзади в направлении от спины к груди, на заднее плечико спереди в направлении от груди к спине.		<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<i>При отсутствии рождения плечевого пояса применить следующий прием</i>		
7. Выведение задней ручки	Ввести руку во влагалище и определите заднее плечико и запястье. Захватить запястье и осторожно вывести заднюю ручку из влагалища по прямой линии через грудь.		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	<i>При отсутствии рождения плечевого пояса применить следующий прием</i>		
8. Клейдотомия	Установить одну руку в область передней ключицы плода Произведите давление на ключицу до момента ее перелома и/или уменьшения ширины плечевого пояса. Вы свободите плечо, находящееся спереди Потяните за подмышечную впадину для извлечения ручки, находящейся кзади.		<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>