

Краткие клинические рекомендации
Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика.

Дистоция плечиков (ДП) – остановка родов после рождения головки плода вследствие отсутствия самопроизвольного опускания плечевого пояса и неэффективности лёгких вспомогательных низводящих тракций при потугах в течение более 60 с.

МКБ - О66.0. Затруднённые роды [дистоция] вследствие предлежания плечика.

Действия:

Физикальное обследование

При ДП рекомендовано срочно произвести бимануальное влагалищное исследование для уточнения уровня положения плечиков плода в малом тазу и последующего рационального выбора приема для разрешения ДП

Вызвать двух врачей-акушеров-гинекологов, владеющих навыками оказания медицинской помощи при ДП, акушерку, врача-неонатолога, детскую реанимационную бригаду, врача-анестезиолога-реаниматолога и сестру-анестезистку

Приемы: К приемам первой линии относятся: прием МакРобертс, прием «надлобковое давление», прием «извлечение задней ручки» (прием Жакмира), прием «захват заднего плечика плода», прием Рубин, прием «винт Вудса», прием «обратный

винт Вудса», прием «задняя аксиллярная slingовая тракция» и прием Гаскин. Каждый из приёмов не должен продолжаться более 30 с, что соответствует примерно двум попыткам выполнения приема. При неудаче необходима смена тактики, так как продолжение выполнения приема повышает риск младенческой заболеваемости. Суммарно время на выполнение приемов первой линии не должно превышать 5 минут.

МакРобертс: Необходимо согнуть ноги роженицы в коленях в положении на спине и привести бедра максимально близко к груди. При этом лобковый симфиз отклоняется кпереди, выпрямляя пояснично-крестцовый угол. Это позволяет заднему плечу опуститься ниже мыса крестца. Женщина может сделать это сама, обхватив ноги руками, либо ей может помочь медицинский персонал или партнёр.

Надлобковое давление: Врач должен стоять с той стороны от матери, куда обращена спинка плода. Давить необходимо над лоном на плечо со стороны спинки плода, в направлении к позвоночнику женщины и латерально, чтобы сдвинуть плечевой пояс в один из косых размеров плоскости входа в малый таз.

При ДП при выполнении внутренних приемов рекомендован разрез промежности (эпизиотомия)

Прием Жакмира: размером. С целью извлечения задней ручки необходимо ввести одноименную руку по спинке плода, лопатке, по плечу до локтя. Большой палец погружается в локтевую ямку, четыре других пальца огибают локоть, при этом происходит сгибание ручки в локтевом суставе. Далее рука акушера двигается по предплечью дойдя до запястья, захватывается кисть ручки плода в лучезапястном суставе первым и вторым или вторым и третьим пальцами, ручка выводится наружу «умывательным» движением вдоль груди к лицу. Сначала выводится из влагалища кисть и предплечье задней ручки, затем плечевая часть и плечо. Если рождения переднего плечика не происходит, необходимо выполнить внутренний поворот плода так, чтобы перевести переднее плечико в заднюю позицию.

«Захват заднего плечика плода»:

необходимо ввести руку во влагалище под заднее плечико плода (при первой позиции плода левую руку, при второй правую), располагая большой палец на его передней поверхности,

Краткие клинические рекомендации
Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика.

остальные 4 - на задней. Далее надо обхватить заднее плечико большим и указательным пальцем в кольцо через подмышечную впадину и произвести небольшое вытяжение заднего плечика наружу («движение пожимания плечом»), затем придержать головку плода и вытянутое плечико вместе (единым блоком «голова-шея») и проведи его поворот на 180° в направлении груди плода. Переднее плечико перейдет в заднее, и ДП разрешится. Рождение будет завершено легкими тракциями.

Прием Рубин: необходимо ввести два пальца со стороны спинки плода к переднему плечу и оказать на него давление, чтобы сместить плечевой пояс на 45° в соответствующий косой размер. При недоступности переднего плечика необходимо переместить пальцы в область заднего, и, оказывая давление, смещать плечевой пояс на 45° в косой размер

«Винт Вудса» перевод заднего плечика в переднее: путем давления на него пальцами руки врача, введенной в полость таза со стороны, к которой обращена грудная клетка плода. Если имеет место I позиция (спинка слева), надо ввести ладонь левой руки в правую часть полости таза к заднему плечу со

стороны груди плода и попытаться перевести заднее плечико в переднее (на 180°). В этом положении возможно сочетание с приемом Рубина.

Если имеет место II позиция (спинка справа), надо ввести ладонь правой руки в левую часть полости таза к заднему плечу со стороны груди плода и попытаться перевести заднее плечико в переднее (на 180°).

«Обратный винт Вудса»: Рука врача подходит к заднему плечу плода со стороны спинки и пытается столкнуть плечико в направлении, противоположном прямому «винту Вудса»

«Задняя аксиллярная slingовая тракция»: Из мягкой пластиковой трубки формируется петля. Одной рукой петля подводится под подмышечную впадину заднего плечика. Указательным пальцем другой руки с противоположной стороны петля захватывается и выводится. Вокруг заднего плечика формируется sling путем наложения на свободные концы пластиковой трубки зажима. Далее осуществляются прямые тракции и рождается заднее плечико. Возможна помощь второй руки для выведения задней ручки.

«Приём Гаскин»: женщина должна стать на четвереньки, опираясь на кисти рук и колени.

К приемам второй линии относятся прием «перелом ключицы плода», прием «симфизиотомия», прием Заванелли и прием «абдоминально-ассистированные роды»

Краткие клинические рекомендации
Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика.

Литература:

1. Melo B. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia (last revised: 1 March 2010). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
2. Bingham J., Chauhan S.P., Hayes E., Gherman R., Lewis D. Recurrent shoulder dystocia: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2010; 65(3):183–8.
3. Kleitman V., Feldman R., Walfisch A., Toledano R., Sheiner E. Recurrent shoulder dystocia: is it predictable? *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 294(6):1161–6.
4. Usta I.M., Hayek S., Yahya F., Abu-Musa A., Nassar A.H. Shoulder dystocia: what is the risk of recurrence? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008; 87(10):992–7.
5. Nesbitt T.S., Gilbert W.M., Herrchen B. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 179(2):476–80.
6. Shoulder Dystocia (Green-top Guideline No. 42). 2nd Edition | March 2012.
7. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(5):e123–33.
8. Bahar A.M. Risk factors and fetal outcome in cases of shoulder dystocia compared with normal deliveries of a similar birthweight. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996; 103(9):868–72.
9. Ouzounian J.G., Korst L.M., Sanchez M., Chauhan S., Gherman R.B., Oppen N., et al. Clinical Risk Factors Do Not Predict Shoulder Dystocia. *J Reprod Med.* 61(11–12):575–80.
10. Sentilhes L., Sénat M.-V., Boulogne A.-I., Deneux-Tharaux C., Fuchs F., Legendre G., et al. [Shoulder dystocia: Guidelines for clinical practice--Short text]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2015; 44(10):1303–10.