

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Реферат на тему: Дистоция плечиков

Выполнила: Ординатор 1-го года
Кафедры акушерства и гинекологии ИПО
Тропина Елена Валентиновна

Красноярск, 2022.

Дистоция плечиков (ДП) — невозможность рождения плечевого пояса после рождения головки плода в течение 1 мин без применения специальных пособий (клиническое несоответствие плечевого пояса и таза матери).

ДП выходит на первое место в качестве причины родового травматизма новорожденного из-за снижения частоты родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании, почти полного отказа от применения полостных акушерских щипцов, увеличения числа крупных плодов (макросомии).

Эпидемиология.

Частота ДП составляет в среднем около 2% и имеет тенденцию к увеличению. Причина роста частоты ДП, возможно, кроется в лучшем антенатальном уходе, увеличении среднего возраста беременных, ожирении, большей прибавке веса за беременность и устранении факторов, ведущих к преждевременным родам

При ДП увеличивается материнский травматизм:

- разрывы влагалища — 20%;
- послеродовые кровотечения — 10%;
- разрывы промежности — 5%;
- разрывы шейки матки — 2%.

При ДП увеличивается и травматизм новорожденного:

- травма плечевого сплетения;
- паралич Дюшена–Эрба (CV–VI), паралич Клюбке (CVII–Th1);
- перелом плечевой кости;
- перелом ключицы;
- черепно-мозговая травма в 70% при задержке рождения плечиков более 7 мин.

В целом травматизм новорожденного наблюдают в 15–30% всех случаев ДП, причем в 70% это травма плечевого сплетения.

Классификация:

- высокая ДП — задержка рождения обоих плечиков (двусторонняя дистоция);
- низкая ДП — задержка рождения одного плечика (переднего).

Существует также классификация, основанная на степени выраженности ДП.

Этиология.

Все факторы риска ДП можно разделить на три группы.

Предгравидарные:

- вес матери при ее рождении более 4000 г;
- ДП в анамнезе;

- крупный плод в анамнезе;
- сахарный диабет;
- гестационный диабет в анамнезе;
- ожирение;
- низкий рост;
- высокий паритет;
- возраст матери;
- аномальная форма таза;
- анатомически суженный таз.

Аntenатальные:

- чрезмерная прибавка веса (более 20 кг);
- крупный плод;
- гестационный сахарный диабет;
- перенашивание (более 42 нед).

Интранатальные:

- вторичная слабость родовой деятельности;
- слабость потуг;
- затяжной второй период родов;
- полостные акушерские щипцы;
- выраженное конфигурирование головки с образованием родовой опухоли;
- ятрогенный фактор (раннее «растуживание», пособие по Кристеллеру).

Основным фактором риска считают крупный плод, особенно при увеличенном отношении «грудь/голова». Однако более половины случаев ДП происходит у матерей с нормальной емкостью и формой таза и некрупными размерами плода. При длительном втором периоде родов и крупном плоде частота ДП достигает 25%. Наложение щипцов является фактором риска по ДП, но, скорее всего, большинство щипцов бывают наложены при затяжном втором периоде родов, что само по себе является фактором риска.

Приблизительно в половине всех случаев ДП отсутствуют какие-либо известные факторы риска.

Патогенез. При неосложненном периоде изгнания синхронно с наружным поворотом головки плечевой пояс своим биакромиальным диаметром устанавливается в косом размере плоскости входа в малый таз. Это позволяет переднему плечу легко преодолеть препятствие со стороны лонного сочленения матери, или спонтанно во время схватки-потуги, или при дополнительной легкой тракции головки кзади. При ДП плечевой пояс устанавливается в прямом размере плоскости входа в малый таз, а переднее плечико задерживается над лонным сочленением.

Клиническая картина.

ДП возникает после рождения головки:

- задержка рождения плечиков более 1 мин после рождения головки плода;
- головка плода родилась, но остается плотно охваченной вульвой;
- подбородок втягивается и опускает промежность («симптом черепахи»);
- потягивание за головку не сопровождается рождением плечика.

Лечение.

Действовать следует быстро, избегая трех вещей:

- не тянуть (не производить чрезмерных тракций за головку);
- не толкать (не стараться выдавить плод);
- не сгибать (не совершать чрезмерных латеральных сгибаний головки).

В англоязычном акушерстве имеется мнемоническая аббревиатура HELPERR:

H — help — позвать на помощь;

E — episiotomy — оценить возможность эпизиотомии;

L — legs — максимально согнуть ноги в тазобедренных суставах;

P — pressure — давление над лобком (L+P — прием Мак-Робертса);

E — enter — ввести руку для внутреннего поворота плечевого пояса (приемы Вудса и Рубина);

R — remove — удалить, извлечь заднюю ручку;

R — roll — перекатиться «на все четыре» — на четвереньки (прием Гаскина).

Аббревиатура HELPERR позволяет довольно легко вспомнить в экстренной ситуации последовательность действий при ДП

Мероприятия по устранению дистонии плечиков в зависимости от ее выраженности

Степень дистонии плечиков	Мероприятия	Описание
Легкая	H — help — позвать на помощь	Отработанный сценарий действий всех участников
	E — episiotomy — оценить возможность эпизиотомии	По усмотрению врача, ведущего роды

Легкая	L — legs — максимально согнуть ноги в тазобедренных суставах; P — pressure — давление над лобком (прием Мак-Робертса)	Максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных суставах, при этом помощник рукой давит над лобком дорсально или косо дорсально
Умеренная	E — enter — ввести руку для внутреннего поворота плечевого пояса (приемы Вудса и Рубина)	Совокупность приемов, смысл которых заключается в переводе переднего (заднего) плечика в заднее (переднее) путем давления на плечико и поворота плечевого пояса по часовой стрелке или против. Ротация плечевого пояса способствует его вхождению (ввинчиванию) в полость малого таза
	R — remove — удалить, извлечь заднюю ручку	Умывательным движением в направлении от спинки к груди задняя ручка плода извлекается из крестцовой впадины
	R — roll — перекатиться «на все четыре» — на четвереньки (поворот по Гаскин)	Роженицу поворачивают в коленно-локтевое положение
Выраженная	Перелом ключицы	С помощью двух пальцев, введенных за головку плода, предпринять попытку перелома ключицы
	Гистеротомия	Экстренно производят небольшие разрезы на передней брюшной стенке и на матке в области нижнего сегмента. Хирург своей рукой непосредственно исправляет положение переднего плечика, направляя его в малый таз, после чего акушерка извлекает ребенка через естественные родовые пути
	Симфизиотомия	Рассечение лонного сочленения скальпелем или специальной пилкой
	Метод Заванелли	Вправление (сгибание) головки обратно в полость малого таза с последующим экстренным кесаревым сечением

Одним из основных правил при оказании всех пособий является исключение потуг. Эффективным может оказаться любой из приемов, но ни один из них не является универсальным, помогающим во всех случаях.

Рекомендовано начинать оказание помощи при ДП с выполнения приемов первой линии.

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 слинговая тракция»
- 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.

При ДП первым рекомендовано выполнение приема **МакРобертс**

При выполнении данного приема 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 (что приводит к сглаживанию лордоза). Это позволяет заднему плечу опуститься ниже мыса крестца. Кроме того, уменьшается угол наклона таза, а плоскость входа в малый таз располагается перпендикулярно изгоняющим силам, что облегчает продвижение плечевого пояса. Женщина может сделать это сама, обхватив ноги руками, либо ей может помочь медицинский персонал или партнёр. Прием МакРобертс является наиболее простым и относительно безопасным приемом, эффективным при ДП в 40-90% наблюдений.

Однако описаны случаи развития осложнений при форсированном или чрезмерно длительном применении приема:

- парез плечевого нерва у новорожденного,
- расхождение лонного сочленения,
- смещение крестцово-подвздошного сочленения, нейропатия латерального бедренного нерва

При ДП для уменьшения биакромиального размера и поворота плечиков в один из косых размеров таза рекомендовано выполнение приема **«надлобковое давление»**

При выполнении приема движения должны быть резкими, короткими и достаточно сильными. 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. Эффективность приема выше при опорожненном мочевом пузыре. Возможно одновременное выполнение данного приема с приемом МакРобертс, а также сочетание с внутренним ротационным приёмом Рубина

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

Эпизиотомия дает дополнительное пространство для проведения внутренних приемов, которые требуют введение во влагалище пальцев или всей кисти руки для манипуляции с задней ручкой или плечиком. Это увеличивает пространство для действий и облегчает оказание помощи.

При ДП рекомендовано выполнение приема **«извлечение задней ручки» (прием Жакмира)**.

В результате успешного выполнения данного приема туловище плода рождается не биакромиальным (>12 см), а акромио-аксиллярным (9,5 см) 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. Возможным осложнением маневра является перелом плечевой кости.

При ДП для поворота плечиков рекомендовано выполнение приема **«захват заднего плечика плода»**.

Для выполнения данного приема 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, остальные

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 провести его поворот на 180 ° в направлении груди плода. Переднее плечико перейдет в заднее, и ДП разрешится. Рождение будет завершено легкими тракциями. Маневр эффективен, его применение особенно полезно при недостижимости кисти или локтевого сгиба задней ручки.

При ДП для смещения плечевого пояса в косой размер таза рекомендовано выполнение приема **Рубин**.

Для выполнения данного приема 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, сместить плечевой пояс на 45 ° в косой размер.

При ДП для перевода заднего плечика в переднее рекомендовано выполнение приема «**винт Вудса**».

Данный прием заключается в переводе 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 °).

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°). Прием эффективен, однако, сопряжен с риском перелома плечевой кости. При неэффективности приема, целесообразно без задержки переходить к следующему приему «обратный винт Вудса».

При ДП для перевода заднего плечика в переднее рекомендовано выполнение приема «**обратный винт Вудса**»

Данный прием предусматривает перевод заднего плечика в переднее путем давления на него пальцами руки врача, введенной в полость таза со стороны, к которой обращена спинка плода. При I позиции врач использует правую руку, при II позиции - левую. Рука врача подходит к заднему плечу

плода со стороны спинки и пытается столкнуть плечико в направлении, противоположном прямому «винту Вудса»

При ДП рекомендовано выполнение приема **«задняя аксиллярная слинговая 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 слинг путем наложения на свободные концы пластиковой трубки зажима. Далее осуществляются прямые тракции и рождается заднее плечико. Возможна помощь второй руки для выведения задней ручки

Если вышеупомянутый способ неуспешен, возможно использование ротационных движений с помощью слинга. Для этого тракции за слинг осуществляются одной рукой в сторону, а другую руку подводят к переднему плечико и применяют давление в противоположном направлении. Вместо слинга возможна задняя аксиллярная тракция, осуществляемая средними пальцами обеих рук акушера

При ДП рекомендовано выполнение **приёма Гаскин**

Для выполнения данного приема женщина должна стать на четвереньки, опираясь на кисти рук и колени. С помощью осторожных тракций первым рождается заднее плечико. Зачастую плечико плода высвобождается уже во время поворота роженицы из положения на спине в коленно-локтевое. Данное положение женщины совместимо с выполнением вышеописанных приёмов поворота плода, кроме приёма МакРобертса и давления в надлобковой области. Это пособие обычно используют если предыдущие оказались неэффективными. В ряде случаев при родах в вертикальном положении (например, на четвереньках или сидя на стуле) целесообразно начать оказание помощи с данного приема.

При неэффективности вышеперечисленных приемов первой линии рекомендовано повторить их, не превышая суммарный период действий в 5 минут, или перейти к приемам второй линии.

Приемы второй линии обычно используют в крайнем случае, при неэффективности вышеперечисленных приемов первой линии, когда израсходован 5- минутный лимит времени, в течение которого вероятность необратимых и тяжелых нарушений у плода еще относительно невелика. В связи с плохим перинатальным прогнозом и травматичностью для матери и плода применение этих методов в современном акушерстве является дискуссионным.

К приемам второй линии относятся

- прием «перелом ключицы плода»,
- прием «симфизиотомия»,
- прием Заванелли и прием «абдоминально-ассистированные роды»
-

Прием «перелом ключицы плода»

Приём «перелом ключицы плода» позволяет уменьшить биакромиальный размер плода. Для выполнения приема надо нащупать пальцем среднюю треть передней (верхней) ключицы плода и надавить пальцем снизу-вверх, в результате происходит перелом ключицы, и расстояние между плечиками плода уменьшается. К осложнениям приема относятся: повреждение подлежащего сосудисто-нервного пучка и ткани легкого плода. Вместе с тем, следует учитывать, что в ситуации ДП перелом ключицы не всегда легко произвести, особенно при крупных размерах плода.

Прием «симфизиотомия» (пересечение симфиза)

Приём «симфизиотомия» (пересечение симфиза) позволяет увеличить емкость таза и способствует рождению плечиков при ДП. В современном акушерстве симфизиотомию практикуют в развивающихся странах, и в очень редких случаях применяют в странах с высоким уровнем развития здравоохранения. Операция проводится под местной анестезией. Пациентка находится в литотомической позиции с фиксацией разведенных ног не более чем на 80°. Мочевой пузырь опорожняют катетером. Указательный и средний пальцы одной руки вводят во влагалище, находят мочевой катетер и смещают его вместе с уретрой в сторону так, чтобы средний палец лежал прямо под суставной щелью лобкового симфиза. Скальпелем делают небольшой разрез на коже по средней линии на границе верхней и средней третей симфиза. Разрез продолжают через более глубокие слои, пока палец не почувствует кончик лезвия. Затем одним движением разрезают вниз 2/3 лобкового симфиза. После этого скальпель извлекают из раны, и, повернув его на 180°, разрезают верхнюю треть. Разделение лонных костей не должно превышать ширину большого пальца или 2,5 см. Возможны осложнения (около 2%) в виде кровотечения, травм нижних отделов мочевыводящих путей, может развиваться остит лобковых костей или нестабильность крестцово-подвздошных суставов и лобкового симфиза. Ведение послеродового периода заключается в установке мочевого катетера на 4-7 суток, пока моча не будет светлой; назначение антибиотиков широкого спектра действия на 7 дней; профилактики тромбоэмболических осложнений; положении пациентки на боку с не туго связанными коленями, чтобы

предотвратить разведение ног. Такое положение пациентка должна занимать первые 3 суток.

Прием Заванелли (возвращение головки плода назад в родовые пути с последующим кесаревым сечением).

При выполнении приема Заванелли осуществляют поворот головки затылком кпереди (стреловидный шов в прямом размере), затем сгибание головки и осторожное введение ее назад в родовые пути. То есть, выполняемые движения точно повторяют механизм рождения головки плода в обратном порядке. После вправления головки рука врача остается в родовых путях и продолжает постоянно давить кверху, удерживая головку внутри, пока операционная бригада не произведет кесарево сечение. Иногда при выполнении приема может потребоваться острый токолиз и обезболивание. Одним из наиболее грозных осложнений приема является разрыв матки.

Прием «абдоминально-ассистированные роды»

Прием «абдоминально-ассистированные роды» заключается в выполнении кесарева сечения в нижнем маточном сегменте с подтягиванием вверх переднего плечика, внутреннем повороте плода и установлением плечиков в косом размере таза. В результате облегчается опускание заднего плечика с последующим опусканием переднего и рождением плода через влагалище.

ПРОФИЛАКТИКА

Лучшее лечение ДП - её профилактика, но, несмотря на известные факторы риска, следует, к сожалению, признать, что надёжной профилактики ДП не существует.

И всё же следует стремиться к антенатальному выявлению плодов с массой тела >4500 г.

Если есть возможность, следует во II периоде родов максимально сдерживать роженицу в её желании потужиться до момента прорезывания (не "растуживать" женщину без нужды!). Elliot и соавт. (1982) предлагали считать фактором риска по ДП состояние, когда при УЗИ окружность груди превышает окружность головки на 16 мм, и/или окружность плечевого пояса превышает окружность головки на 48 мм, особенно при крупном плоде у женщин, страдающих СД.

В последнее время большой интерес проявляют к весу родителей при их рождении. Согласно многим исследованиям вес родителей при рождении коррелирует с весом их детей при рождении. В самом деле, вес матери при рождении сильнее коррелирует с макросомией плода, чем рост и вес матери в данный момент.

Также важно упоминание в анамнезе о родах крупным плодом и о ДП. Крупные дети рождаются чаще у пожилых матерей, у многорожавших, особенно на фоне ожирения и СД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Акушерство / В.Е. Радзинский, А.М. Фукс / 2–е издание, 2021 год.

- Акушерство: учебная литература для студентов медицинских вузов. Под ред. Г.М.Савельевой. М.: Медицина, 2000. - 816 с

- Айламазян Э.К. Акушерство. СПб: Спец. Лит. - 1999. - 494с

- ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ
Васютин И.Н., Потанина Т.А., Коваленко М.С.

В книге: Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. Сборник материалов 82-го Международного медицинского конгресса молодых ученых. 2020. С. 284-285.

- ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ВЕДЕНИЕ РОДОВ
Чижова Г.В. Здоровоохранение Дальнего Востока. 2020. № 2 (84). С. 32-35.

-ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ - "НОЧНОЙ КОШМАР" АКУШЕРА
ГИНЕКОЛОГА? Орлов Ю.В., Галеев Р.К., Ломакина О.И., Коростелева А.А.,
Кошкина А.В., Шайхиева А.Р., Амирова Л.Д. Практическая медицина. 2022.
Т. 20. № 2. С. 20-26.

-ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ: ПРОГНОЗ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ
Чернуха Е.А., Пучко Т.К., Пряхин А.М.
Акушерство и гинекология. 1998. № 4. С. 22-28.