

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Н.Л. Андреева С.И. Михалевич Н.Н. Шантар

Дистоция плечиков

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2016

УДК 618.4-089-06(075.9)

ББК 57.16_я73

А 65

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 7 от 09.09.2016 г.

Авторы:

к.м.н, доцент *Андреева Н.Л.*,
д.м.н., профессор *Михалевич С.И.*,
Шантар Н.Н. врач РНПЦ «Мать и дитя»

Рецензенты:

ГУ РНПЦ «Мать и дитя»;

к.м.н., зав. лаб. медицинской генетики и мониторинга Прибушения О.В.

Андреева Н.Л.

А 65

Дистоция плечиков: учеб.-метод. пособие /Н.Л. Андреева [и др.].– Минск.: БелМАПО, 2016. – 10с.

ISBN 978-985-584-085-6

В пособии с современных позиций изложены основные представления о диагностике и оказании врачебной помощи при дистотии плечиков.

Предназначено для студентов, субординаторов, врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, реаниматологов, а также аспирантов и клинических ординаторов.

УДК 618.4-089-06(075.9)

ББК 57.16_я73

ISBN 978-985-584-085-6

© Андреева Н.Л. [и др.], 2016
© Оформление БелМАПО, 2016

Дистоция плечиков (ДП) — задержка переднего плечика позади лонного сочленения после рождения головки плода, клиническое несоответствие плечевого пояса тазу матери, невозможность рождения плечиков после рождения головки плода в течение 60 секунд без применения специальных пособий.

СИНОНИМЫ

Затруднённое рождение (выведение) плечиков. Shoulder dystocia.

КОД ПОМКБ-10

О32 Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном предлежании плода.

О33 Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода.

Об2 Нарушения родовой деятельности (родовых сил).

Об3 Затяжные роды.

Об4 Затруднённые роды вследствие неправильного положения или предлежания плода.

Об5 Затруднённые роды вследствие аномалии таза у матери.

Об6 Другие виды затруднённых родов.

Р11 Другие родовые травмы ЦНС.

Р13 Родовая травма скелета.

Р14 Родовая травма периферической нервной системы.

Р15 Другие родовые травмы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Сообщаемая частота при влагалищных родах в головном предлежании — 0,6–2,8%. Причина роста частоты ДП, возможно, кроется в лучшем антенатальном уходе, повышении среднего возраста рожаящих, ожирении, большей прибавке массы тела во время беременности и устранении факторов, ведущих к преждевременным родам. Причина разброса цифр встречаемости ДП в популяции — нечёткость определения ДП. Очевидно частота ДП выше указанных цифр, но большую часть случаев ДП (при отсутствии ближайших осложнений) в истории родов не регистрируют.

При ДП повышен уровень материнского травматизма:

- разрывы влагалища — 19%;
- послеродовые кровотечения — 11%;
- разрывы промежности — 4%;

- разрывы шейки матки — 2%.

При ДП повышен уровень травматизма новорождённого:

- травма плечевого сплетения;
- паралич Эрба (CV–VI), паралич Клюбке (CVII-ThI);
- перелом плечевой кости;
- перелом ключицы;
- черепномозговая травма в 70% при задержке рождения плечиков более 7 минут (при гипоксии меньше).

В целом травматизм новорождённого наблюдают в 15–29% всех случаев ДП, причём в 68% — это травма плечевого сплетения.

Даже своевременное и правильное использование стандартных приёмов ведения второго периода родов при ДП не всегда позволяет избежать осложнений. Часто наблюдается неслаженные действия или бездействия медицинского персонала, при которых теряется время для оказания помощи новорожденному, что и приводит к более тяжелому состоянию ребенка.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Высокая ДП — задержка рождения обоих плечиков (двусторонняя ДП).
- Низкая ДП — задержка рождения одного плечика (переднего).

ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ

Все факторы риска ДП можно разделить на три группы.

1. Предгравидарные факторы риска:

- масса тела матери при её рождении;
- ДП в анамнезе;
- крупный плод в анамнезе;
- СД;
- узкий таз;
- ожирение;
- многочисленные роды в анамнезе;
- возраст матери.

2. Антенатальные факторы риска:

- чрезмерная прибавка массы тела матери за время беременности (более 20 кг);
- крупный плод;
- гестационный СД;
- низкий рост беременной;
- перенашивание более 42 нед (при ДП у 27% против 10% в популяции);

- аномальная форма таза;
 - анатомически суженный таз.
3. Интранатальные факторы риска:
- вторичная слабость родовой деятельности;
 - слабость потуг без коррекции;
 - затяжной II период родов;
 - полостные акушерские щипцы;
 - выраженное конфигурирование головки с образованием родовой опухоли;
 - ятрогенный фактор (раннее «растуживание» и множество других порочных методик)
 - неадекватное поведение родильницы.

При андроидном и антропоидном типе таза передняя часть плоскости входа в малый таз имеет треугольную форму, что препятствует правильной ориентации бисакромиального диаметра в косом размере плоскости входа в малый таз.

Основным фактором риска считают крупный плод, особенно при увеличенном отношении грудь/голова (chest-to-head diameterratio). Однако более половины случаев ДП происходит у матерей с нормальной ёмкостью и формой таза и некрупными размерами плода, это происходит в виду слабости родовой деятельности и(или) плохой ее коррекции.

При длительном II периоде родов и крупном плоде частота ДП достигает 23%.

Приблизительно половина всех случаев ДП — так называемая «идиопатическая ДП», когда отсутствуют какие-либо известные факторы риска или их не описали и не диагностировали.

ПАТОГЕНЕЗ

При неосложнённом течении периода изгнания родов синхронно с наружным поворотом головки плечики устанавливаются 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 лёгкой тракции головки кзади. ДП возникает при установливании плечиков в прямом размере плоскости входа в малый таз и задержке переднего плечика над лонным сочленением.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Особенности течения родов:

- потягивание за головку не сопровождается рождением плечика;

- задержка рождения плечиков более 1 минуты после рождения головки плода.

- втягивание плечевого пояса плода в полость таза

КОРРЕКЦИЯ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ В РОДАХ

Действовать следует быстро, избегая трёх вещей (в английской литературе 3 P: pulling, pushing, pivoting):

- не тянуть (не производить чрезмерных тракций за головку);

- не толкать (не стараться выдавливать плод);

- не сгибать (не совершать чрезмерных латеральных сгибаний головки).

В англоязычном акушерстве есть мнемоническая аббревиатура HELPERR [H — help, позвать на помощь, E — evaluate forepisiotomy (подумать об эпизиотомии), L — legs, ноги (приём Мак-Робертса), P — pressure, давление (над лобком), E — enter, ввести руку (для внутреннего поворота), R — remove, удалить, извлечь заднюю ручку, R — roll, повернуть («на все четыре»). Впервые мнемонический термин «HELPERR» был предложен Carlan и соавт. Термин довольно легко позволяет вспомнить в острой ситуации последовательность действий при ДП. Одно из основных правил при оказании всех пособий — исключение потуг. Эффективным может быть любой из приёмов, но ни один из них не универсален.

Мероприятия, проводимые при дистоции плечиков в зависимости от степени ДП

1. Лёгкая Н — необходимо срочно вызвать второго врача для помощи.

- Произвести эпизиотомию

- приём Мак-Робертса: максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных суставах

- Помощник рукой давит над лобком дорсально или косо дорсально

2. Умеренная

- ввести руку во влагалище — приёмы Вудса и Рубина: давление на спереди или сзади на переднее или заднее плечико для перевода бисакромиального диаметра параллельно косому размеру таза матери

- поворот по Гаскину: роженицу поворачивают в коленно-локтевую позу

- извлечь заднюю ручку: «умывающим» движением в направлении от спинки к груди извлечь ручку плода.

- при умеренной степени возможно выведение передней ручки, если врач чувствует при влагалищном осмотре возможность захвата и подведения переднего плечика под лон матери.

3. Выраженная

- Перелом ключицы: предпринять попытку перелома ключицы

- Рассечение лонного сочленения после смещения уретры латерально

- Невозможность рождения плечевого пояса: вправление головки обратно в полость малого таза с последующим кесаревым сечением.

Первый и самый простой приём, применяемый при ДП — прямое давление над лоном в направлении несколько краниальнее лона. Можно также попытаться поочерёдно давить вправо и влево, чтобы перевести плечики в косой размер таза. Эти приёмы обычно помогают при I степени ДП.

При ДП легкой степени следует применить приём Мак-Робертса (единственный недостаток — необходимо два помощника). Метод эффективен, лёгок, безопасен и быстр в исполнении. Бёдра приводят в соприкосновение с животом, добиваясь при этом уменьшения лордоза и наклона таза. Этот приём, естественно, не уменьшает размеров малого таза, но при движении лонного сочленения краниально возникают условия для высвобождения переднего плечика. Если нет немедленного эффекта, то следует добавить все вышеуказанные приёмы.

Следующий по сложности приём Вудса или его модификация (обратный приём Вудса). При этом давление оказывают на переднюю поверхность заднего плечика («завинчивание»). Однако нужно стремиться к приведению обоих плечиков к груди. А при приёме Вудса плечико, наоборот, отводят. Поэтому другой автор, Рубин, предложил свой приём.

При ДП средней степени предложено применять сочетание приёмов Хиббарда и обратный приём Вудса. По Хиббарду следует давить на головку, пытаясь несколько «затолкнуть» её обратно во влагалище. Переднее плечико отталкивают в направлении к прямой кишке; таким образом плечико отодвигают от лонного сочленения. Для этого необходим помощник, чтобы сначала отвести плечико, а затем оказывать давление на дно матки.

Последовательность этапов:

- надавить ладонью одновременно на головку, челюсти и выйную область по направлению к прямой кишке и немного краниально, чтобы облегчить высвобождение переднего плечика;

- после высвобождения переднего плечика сильно надавить на дно матки;

- в это же время давление на челюсти и выйную область смещается несколько в сторону прямой кишки.

Метод обладает рядом преимуществ. Основное требование — достаточно сильное и постоянное давление ассистента на дно матки. Если приём применён правильно, то плечевое сплетение не будет повреждено и вполне можно избежать гипоксических повреждений из-за затяжного изгнания. Полезно также бывает попробовать сначала родить заднюю ручку,

как при запрокидывании ручек при тазовом предлежании, но в обратном направлении.

При безуспешной попытке родить плечевой пояс J.A.O'Leary, H.B. Leonetti (1990) рекомендуют прибегнуть к заправлению головки по Заванелли (cephalicreplacement):

- начать подготовку к КС;
- начать интенсивный токолиз;
- при необходимости — кардиомониторинг;
- быстро произвести заправление головки.

Головка, по утверждению авторов, легко заводится при постоянном и достаточно энергичном усилии, оказываемом ладонью. Головку сгибают и подталкивают вверх до точки «0» по Бишопу (что соответствует уровню «большой сегмент в полости малого таза»). При необходимости ассистент удерживает головку на этом уровне стояния. Авторы сообщают о 23 успешных попытках.

Однако, на сегодняшний день данный метод не нашел своей практической реализации, считается травматичным и не применяется в нашей стране.

Особенности ведения родов при дистоции плечиков:

- На родах присутствуют два врача акушера-гинеколога, владеющие приёмами оказания помощи при ДП, анестезиолог и неонатолог-реаниматолог.
- Обязательное рассечение промежности под адекватным обезболиванием (предпочтительна — срединно-латеральная эпизиотомия).
- Захват головки плода двумя руками в щёчновисочных областях, осторожное потягивание головки книзу до тех пор, пока под лоно не подойдет переднее плечико на границе верхней и средней трети. В это время ассистент осуществляет умеренное давление рукой над лобком. Затем головка приподнимается кпереди и освобождается заднее плечико. Выводить головку необходимо на высоте потуги при максимальном ее сгибании.
- Максимальное сгибание бёдер роженицы в тазобедренных и коленных суставах и отведение их в сторону живота.
- Одноименной рукой акушер захватывает, сгибает и выводит заднюю ручку плода, затем выводится переднее плечико.
- Акушер рукой, введённой во влагалище, смещает переднее плечико в сторону грудки и кзади. Ассистент в это время проводит умеренное давление на дно матки и в надлобковой области кзади и латерально в сторону живота матери.
- Акушер рукой, введённой под заднее плечо плода, поворотом на 180° переводит его в переднее и оно извлекается.

Все ручные манипуляции выполняют последовательно по мере увеличения сложности исполнения. Вначале применяют менее сложные и менее травматичные приемы для плода, при их неэффективности переходят к более сложным.

В родильном зале обязательно присутствие анестезиолога и неонатолога, владеющих методами реанимации новорождённых.

В послеродовом периоде проводят профилактику гнойно-воспалительных заболеваний, следят за инволюцией матки.

ПРОФИЛАКТИКА ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ

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. Другой мнемонический термин, применяемый в английской литературе: DOPE (Diabetes, Obesity, Postdatism, Excessive fetal weight or maternal birth weight — СД, ожирение, перенашивание, макросомия или чрезмерная прибавка в весе во время беременности).

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.

Исход родов также зависит от навыков акушерки, принимающей роды. Необходимо понимать, когда следует вывести головку. На сегодняшний день понятно, что выведение головки следует произвести на высоте 1 потуги в схватке, а после незначительной паузы во время этой же схватки на 3 потуге вывести плечики.

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.

Литература

1. Баева, И. Ю Роды крупным плодом: современное состояние проблемы / И. Ю. Баева, О. Д. Константинова // Журнал акушерства и женских болезней : рецензируемый научно-практический журнал. - 2011. - Том 60, Выпуск 6. - С. 89-95.
2. Баева,И.Ю. Возможности дородовой диагностики крупного плода (обзор литературы) / И. Ю. Баева [и др.]// Вестник новых медицинских технологий : теоретический и научно-практический журнал. - 2011. - Том 18, N 2. - С. 226-229.
3. Воробьева, А.В. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденного у женщин с крупным плодом / А. В. Воробьева // Проблемы и перспективы развития современной медицины : сб. науч. ст. II респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и мол. ученых (Гомель, 29-30 апр. 2010г.) : в 2-х т. Т. 1, вып.2. - Гомель, 2010. - С. 73-75
4. Гульченко, О.В. Перинатальные и акушерские исходы при крупном плоде: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Смолен. гос. мед. акад. - М., 2010. - 22 с.
5. Сорокина, А.В. Крупный плод: мифы и реальность / А. В. Сорокина // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2013. - Том 13, № 4. - С. 86-88.
6. Хусаинов,Н.О. Возможные причины возникновения родового повреждения плечевого сплетения / Н. О. Хусаинов, А. Б. Орешков // Акушерство и гинекология. - 2015. - № 5. - С. 15-18

Учебное издание

Андреева Надежда Леонидовна
Михалевич Станислава Иосифовна
Шантар Наталья Николаевна

Дистоция плечиков

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Н.Л. Андреева

Подписано в печать 09. 09. 2016. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 0,7. Уч.- изд. л. 0,48. Тираж 50 экз. Заказ 253.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.