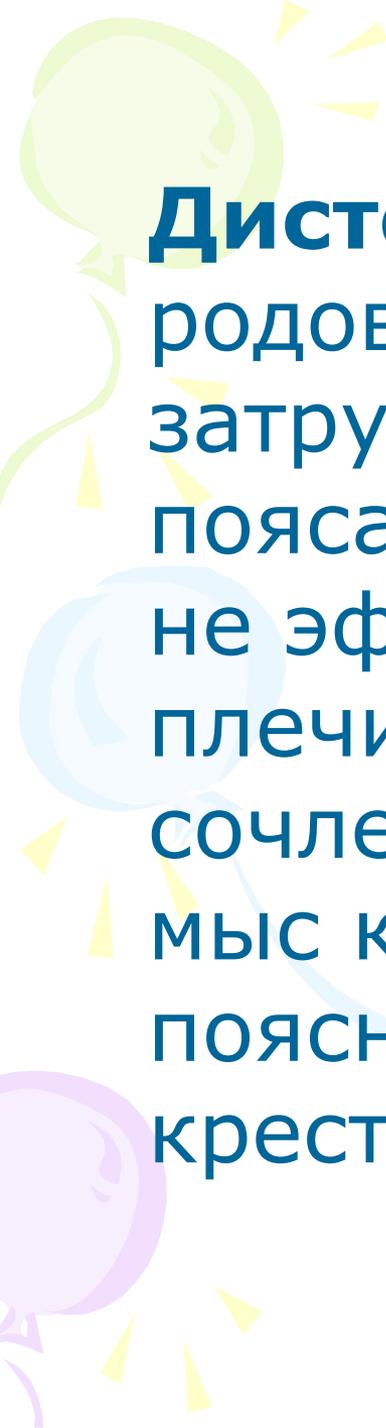
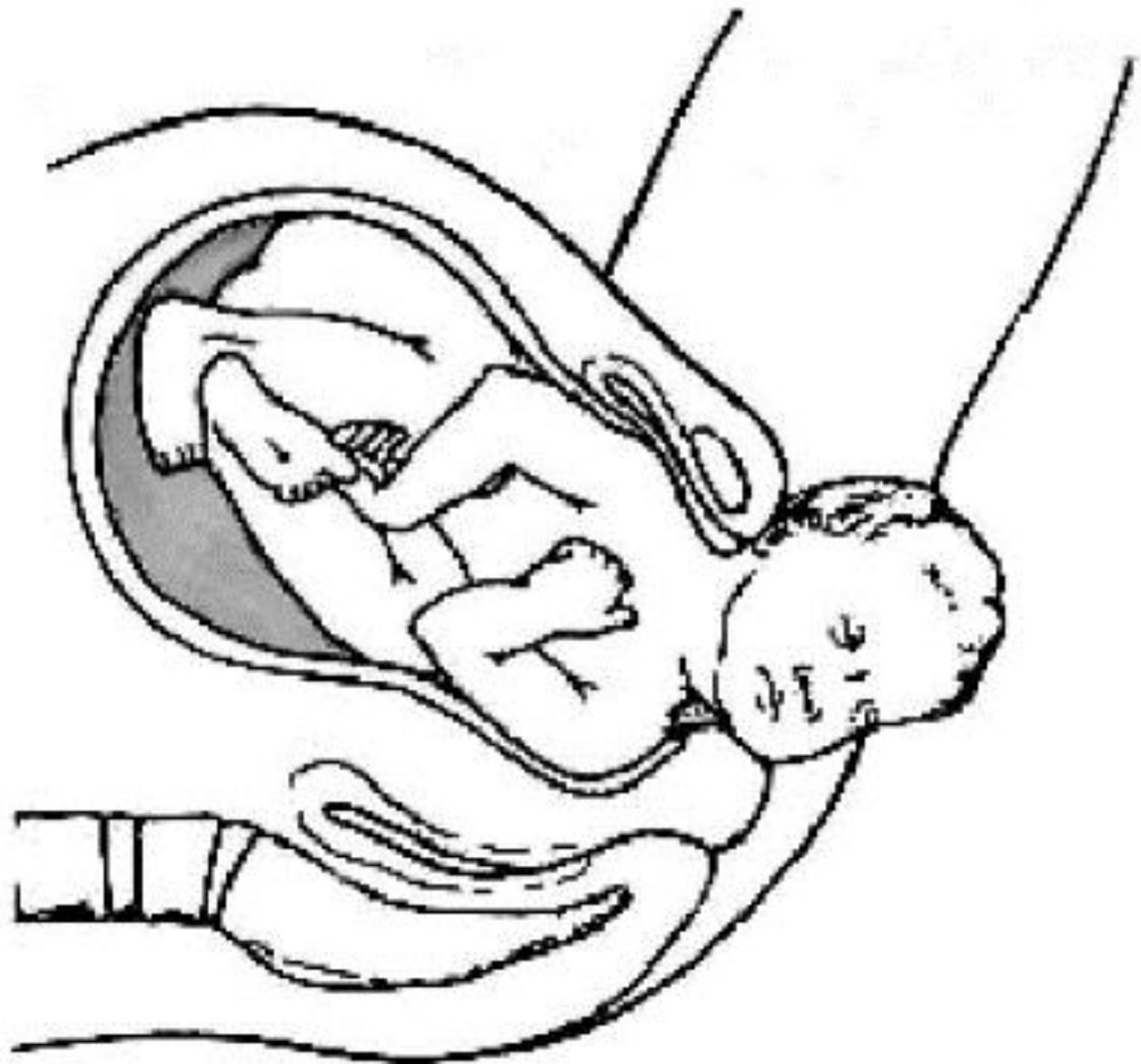


Дистоция плечиков (затруднение при рождении плечевого пояса)

**Выполнила: Смадияр А. М.
Группа: АиГ 701-02
Проверила: Кожабекова Т. А.**



Дистоция плечиков - осложнение родов, при котором возникают затруднения с рождением плечевого пояса, а легкие низводящие тракции не эффективны. При этом переднее плечико упирается в лонное сочленение или заднее плечико - в мыс крестца (соединение пятого поясничного позвонка и основания крестцовой кости).

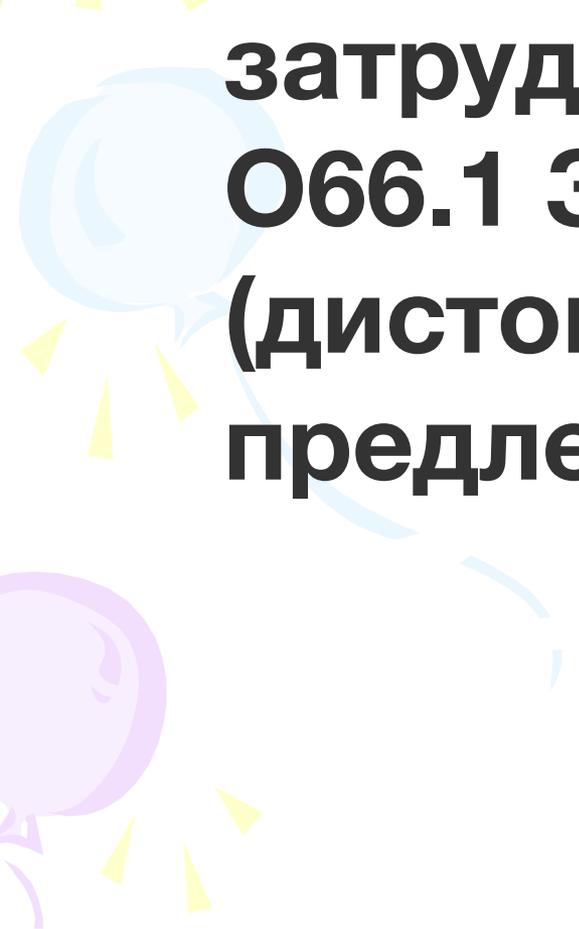


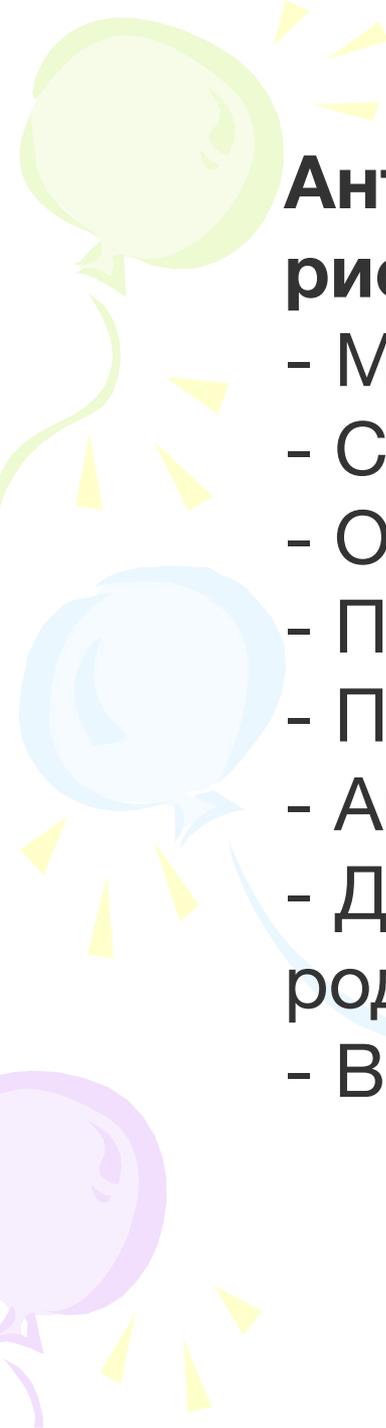


Код(ы) МКБ-10:

**О66 Другие виды
затрудненных родов**

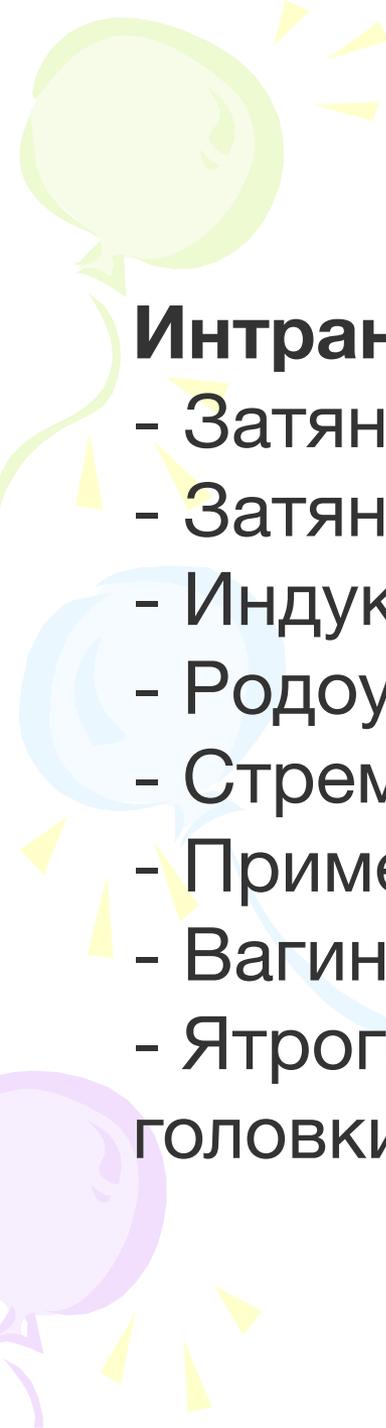
**О66.1 Затрудненные роды
(дистоция) вследствие
предлежания плечика**





Аntenатальные факторы риска:

- Макросомия плода
- Сахарный диабет у матери
- Ожирение у матери
- Перенашивание беременности
- Плод мужского пола
- Аномалии таза у матери
- ДП в предыдущих
родах (12%-17%)
- Высокий паритет

A decorative graphic on the left side of the slide features a green balloon at the top, a blue balloon in the middle, and a purple balloon at the bottom. Yellow streamers and triangular shapes are scattered around the balloons.

Интранатальные факторы риска

- Затянувшийся I период родов
- Затянувшийся II период родов
- Индукция родов
- Родоусиление окситоцином
- Стремительные роды
- Применение приема Кристеллера
- Вагинальное оперативное родоразрешение
- Ятрогенные (форсированные тракции головки).

Наивысшая комбинация рисков



Перенашивание



Макросомия плода



СД матери



Ожирение матери



***Индукция родовой деятельности,
родоусиление***



Щипцы

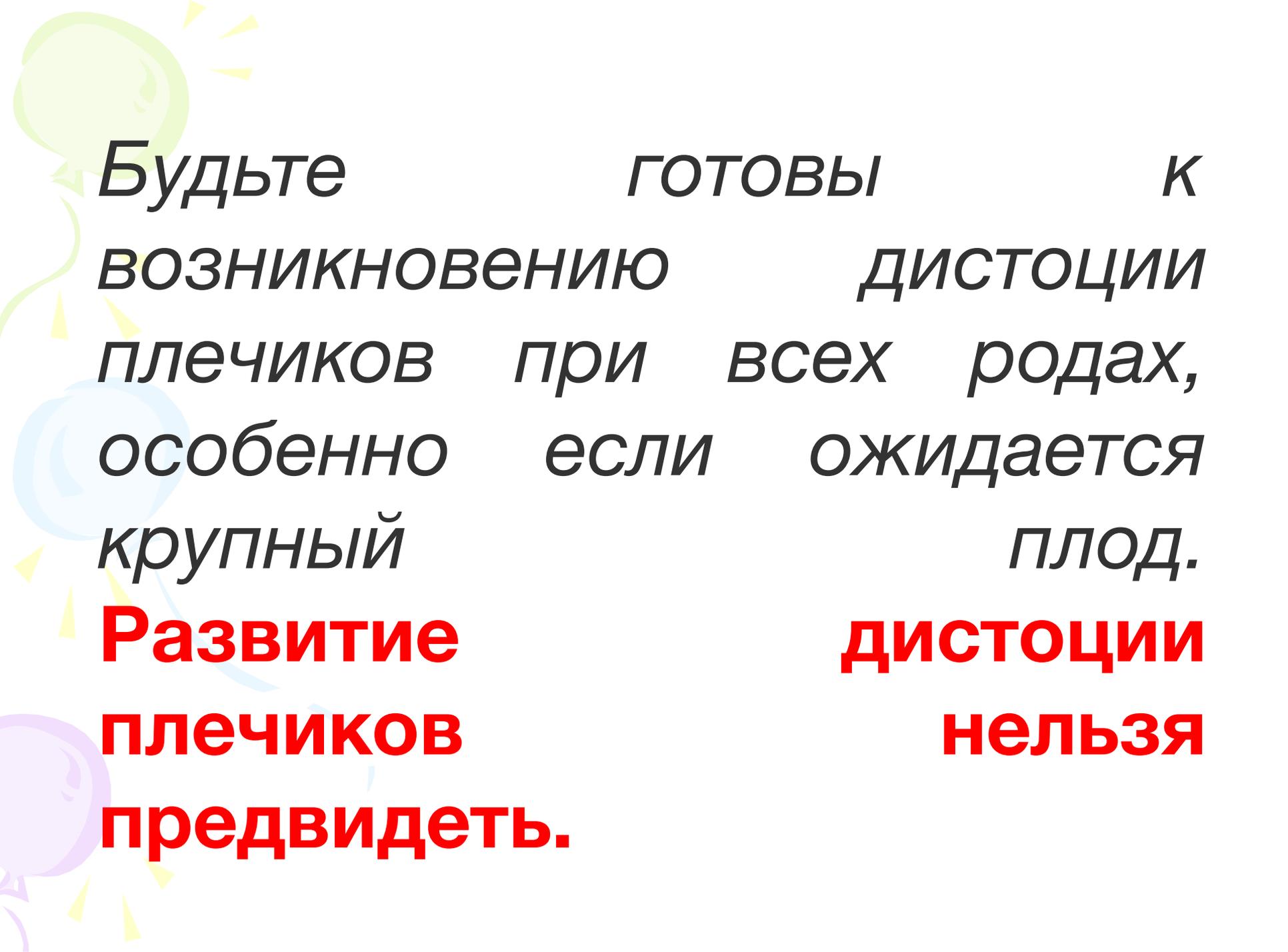


Вакуумный экстрактор

**Оперативное
влагалищное
родоразрешение**



Наличие УЗ маркеров
(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.)



Будьте ГОТОВЫ К
ВОЗНИКНОВЕНИЮ ДИСТОЦИИ
плечиков при всех родах,
особенно если ожидается
крупный плод.

**Развитие дистоции
плечиков нельзя
предвидеть.**



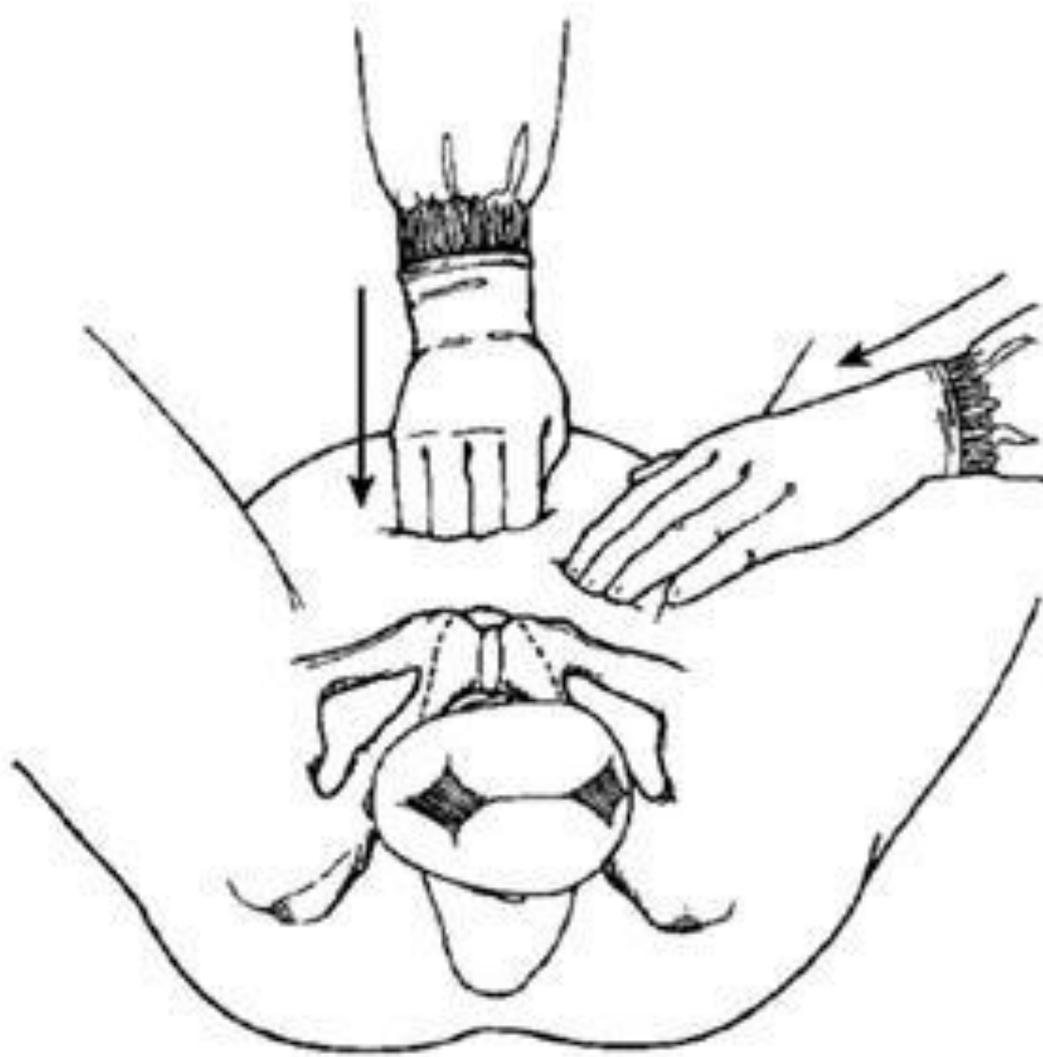
Диагностические критерии:

- головка плода родилась, но шея осталась плотно охваченной вульвой;
- подбородок втягивается и опускает промежность;
- потягивание за головку не сопровождается рождением плечика, которое цепляется за симфиз;
- головка плода родилась, а плечики застряли и не могут родиться.

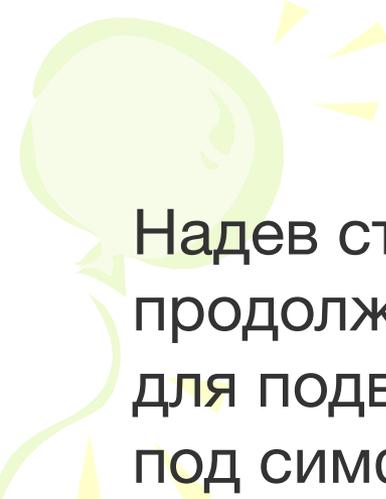
Хирургическое

вмешательство:

- Роды ведут два врача акушера-гинеколога, владеющими приемами оказания помощи при дистоции плечиков, неонатолог
- Провести эпизиотомию для уменьшения препятствий со стороны мягких тканей и для высвобождения пространства для манипуляций.
- В положении женщины на спине попросите ее согнуть оба бедра, приведя колени как можно ближе к груди.
- Попросить двух ассистентов надавить на ее согнутые колени, прижимая их максимально к груди.





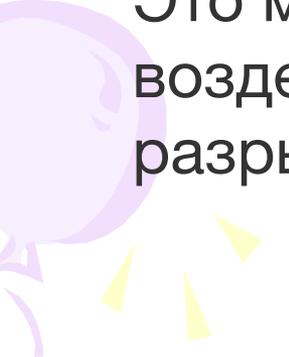


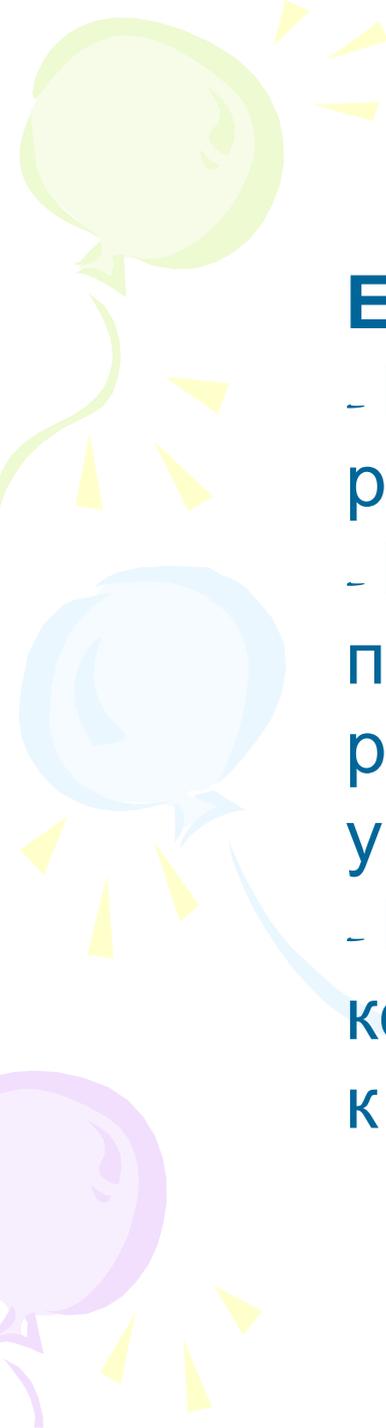
Надев стерильные перчатки осуществить сильное продолжительное потягивание вниз за головку плода для подведения плечика, которое находится кпереди, под симфиз.

Примечание: Остерегайтесь чрезмерных потягиваний за головку, так как это может привести к повреждению плечевого сплетения.

- Попросить ассистентов одновременно с потягиванием головки надавить в надлобковую область для плечика.

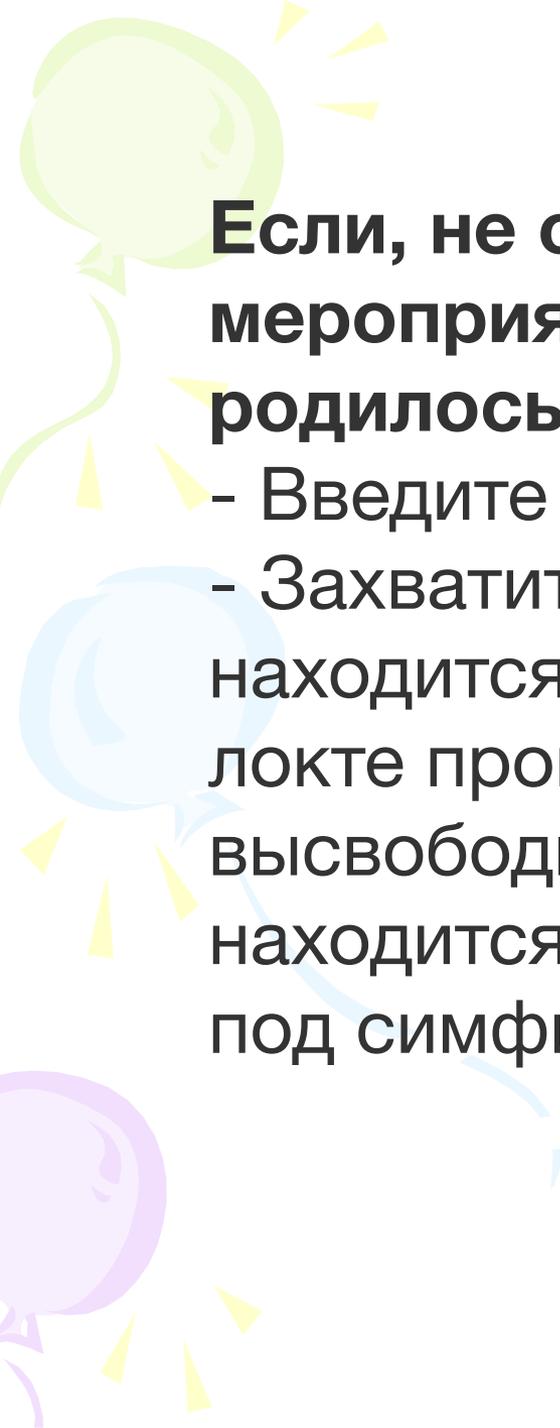
Примечание: Не использовать давления на дно матки. Это может привести к дальнейшему усилению воздействия плечика на матку и привести к ее разрыву.





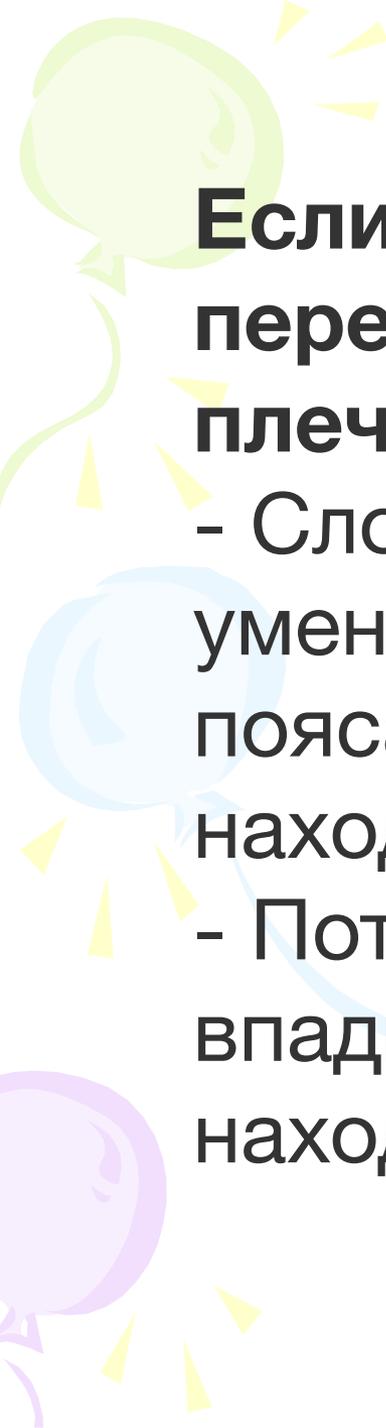
Если плечико все еще не родилось:

- Надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище.
- Надавите на плечико, которое является передним по направлению к груди ребенка для вращения плечика и уменьшения его в диаметре.
- При необходимости надавите на плечико, которое находится кзади по направлению к груди.



Если, не смотря на перечисленные мероприятия, плечико все еще не родилось:

- Введите руку во влагалище.
- Захватите плечевую кость руки, которая находится кзади, и держа ее согнутой в локте проведите ее через грудь. Это высвободит место для плеча, которое находится спереди для его прохождения под симфизом.



**Если, не смотря на
перечисленные мероприятия,
плечико все еще не родилось:**

- Сломайте ключицу для уменьшения ширины плечевого пояса и высвободите плечо, находящееся спереди
- Потяните за подмышечную впадину для извлечения ручки, находящейся кзади.



Индикаторы эффективности лечения:

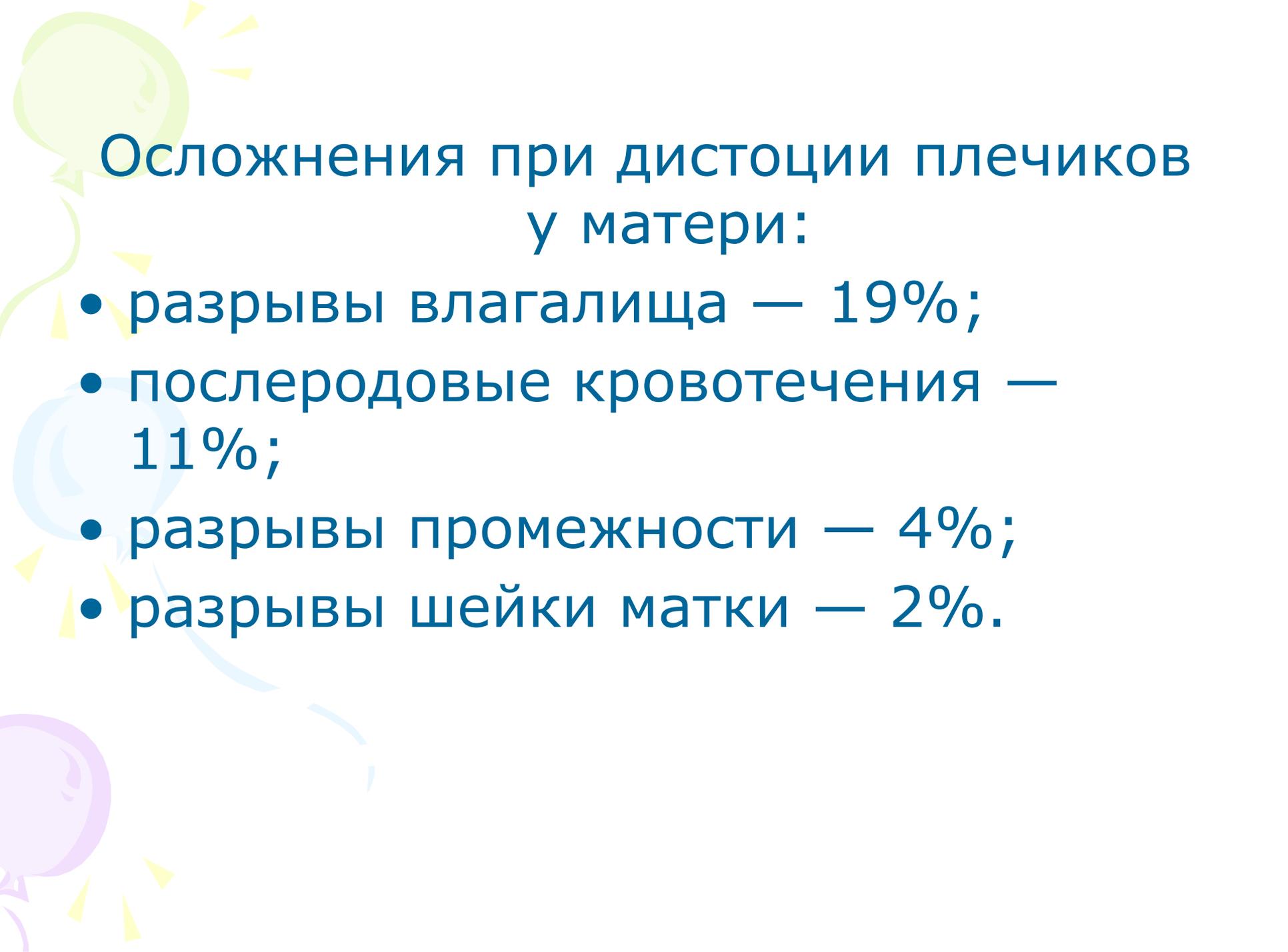
- рождение здорового новорожденного;
- отсутствие осложнений у родильницы.





- Частота встречаемости дистоции плечиков при влагалищных родах в головном предлежании составляет 0,6–2,8%



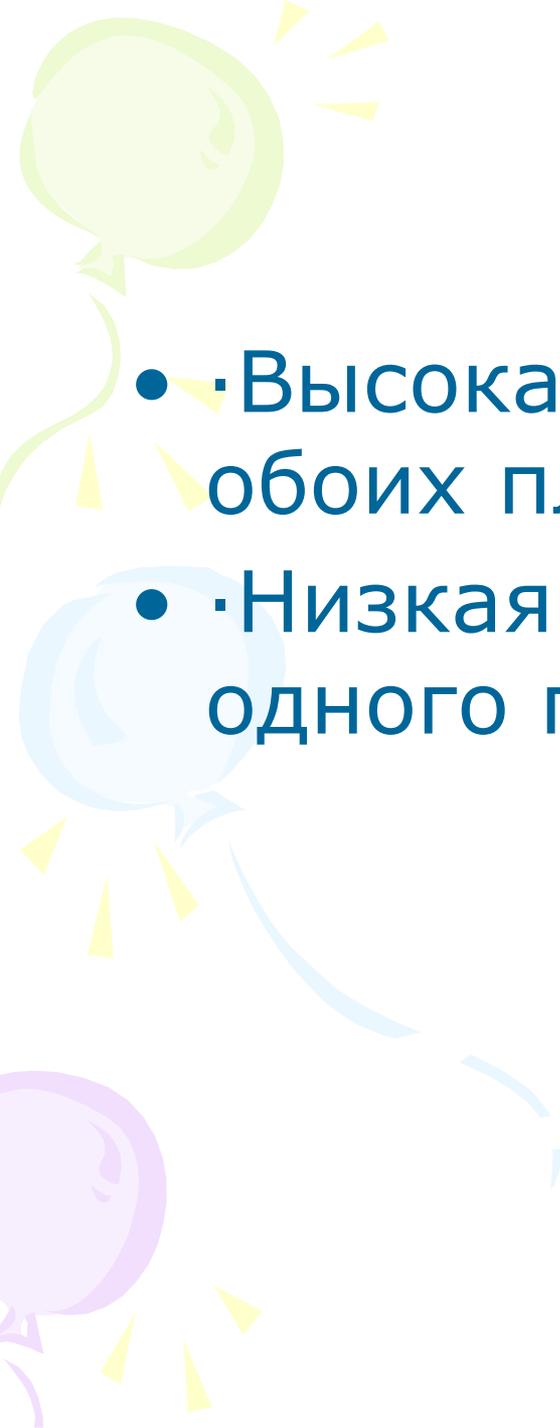


Осложнения при дистоции плечиков у матери:

- разрывы влагалища — 19%;
- послеродовые кровотечения — 11%;
- разрывы промежности — 4%;
- разрывы шейки матки — 2%.

Осложнения при ДП у новорождённого:

- травма плечевого сплетения;
- паралич Эрба (СV–VI), паралич Клюбке (СVII-ThI);
- перелом плечевой кости;
- перелом ключицы;
- черепно-мозговая 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.

A decorative graphic on the left side of the slide features three balloons: a light green one at the top, a light blue one in the middle, and a light purple one at the bottom. Each balloon has a string and several small yellow triangular shapes radiating from it, resembling a sun or a starburst.

КЛАССИФИКАЦИЯ

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

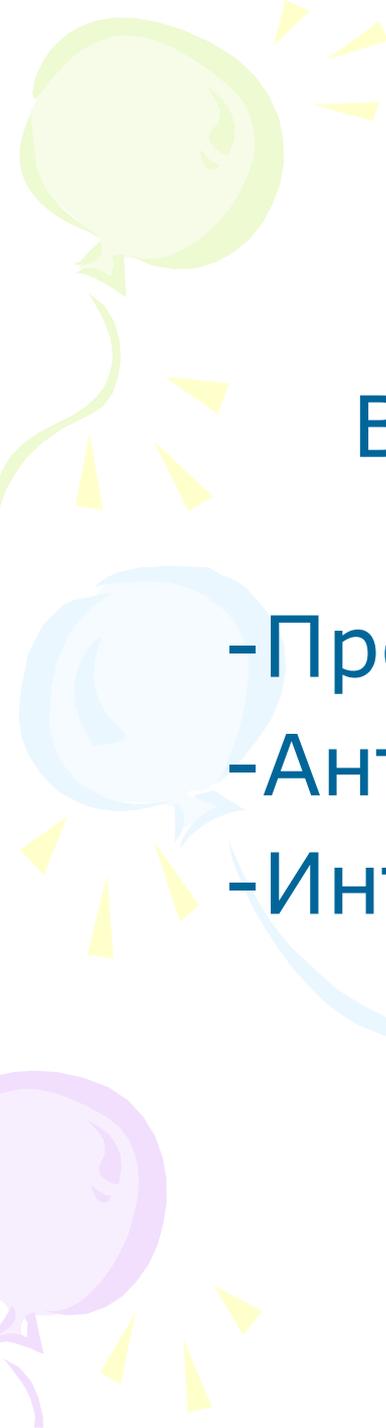
Таблица 52-7. Мероприятия, проводимые при дистонии плечиков

Степень ДП	Мероприятия	Описание
Лёгкая	H — help (помощь)	Отработанный сценарий действий всех участников
	E — evaluate for episiotomy (рассмотреть необходимость эпизиотомии)	По усмотрению врача, ведущего роды
	L — legs, the McRoberts maneuver (ноги — приём Мак-Робертса)	Максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных суставах
	P — pressure (давление)	Помощник рукой давит над лобком дорсально или косо дорсально

vse-dlya-vseh.ucoz.ru

Умеренная	E — enter, Woods, Rubin maneuvers (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
	R — roll (поворот по Гаскину)	Роженицу поворачивают в коленно-локтевую позу
	R — remove the posterior arm (извлечь заднюю ручку)	«Умывающим» движением в направлении от спинки к груди извлечь ручку плода
Выраженная	Перелом ключицы (<i>Clavicle fracture</i>)	Предпринять попытку перелома ключицы
	Symphysiotomy	Рассечение лонного сочленения после смещения уретры латерально
Невозможность рождения плечевого пояса	Zavenelli	Вправление головки обратно в полость малого таза с последующим КС

vse-dlya-vseh.ucoz.ru

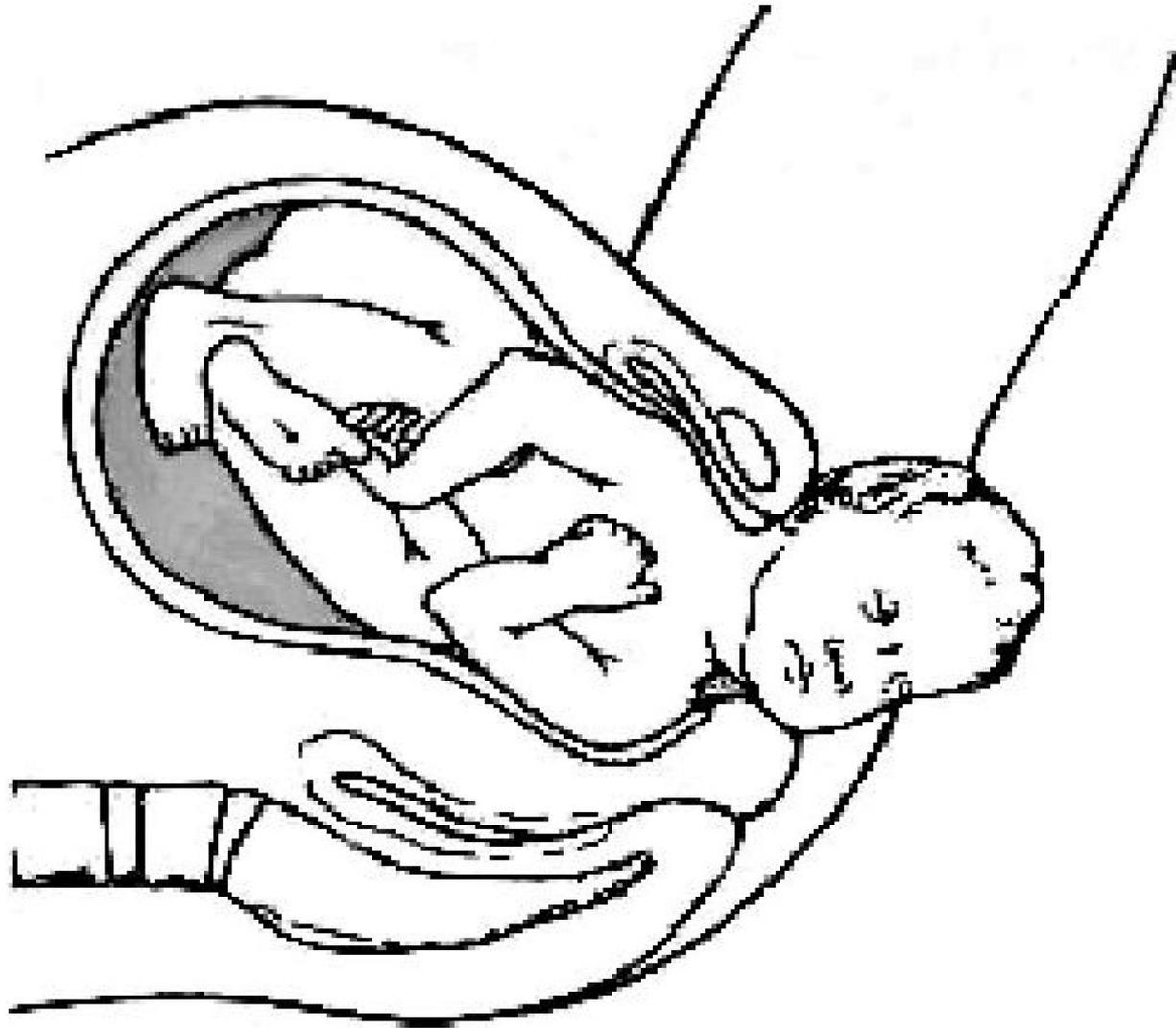


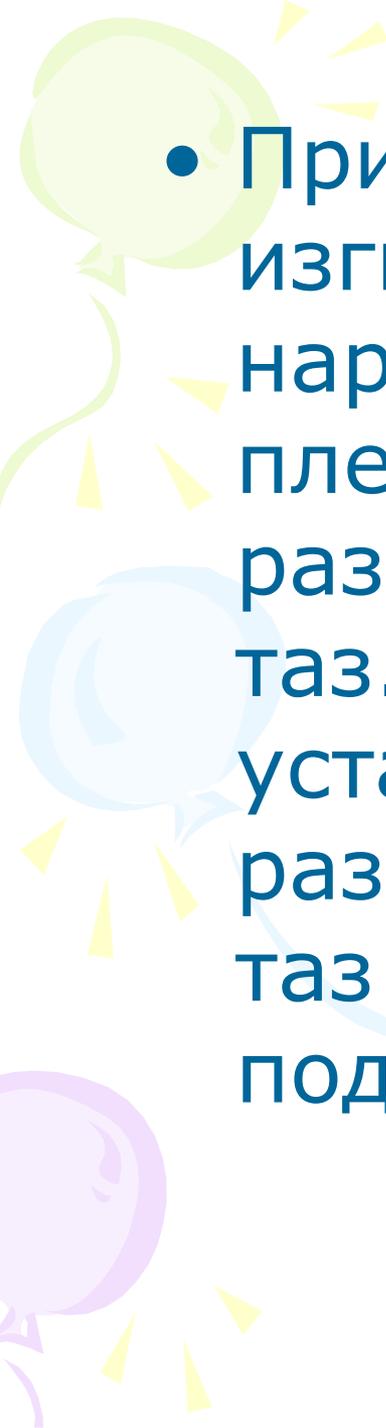
Факторы риска ДП

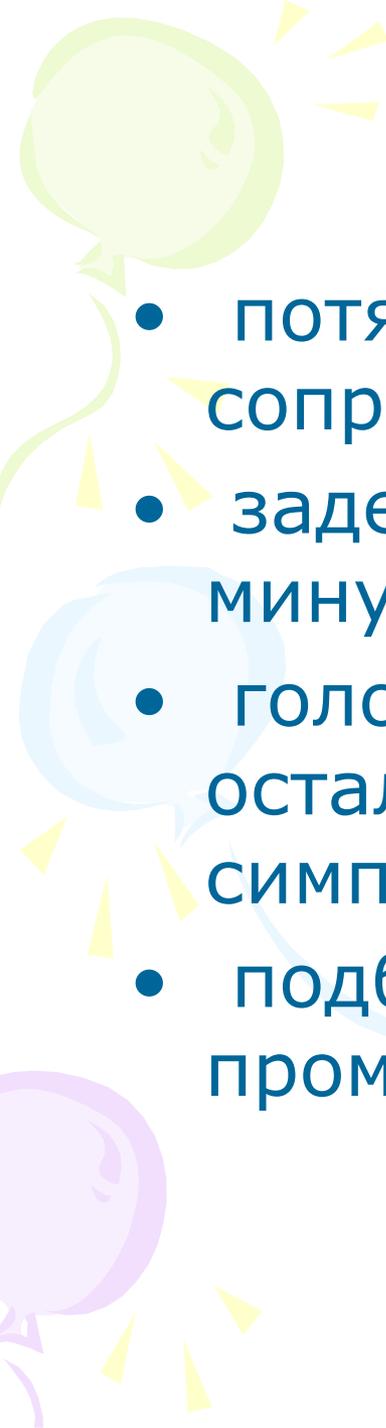
Все факторы риска ДП Можно
разделить на 3 группы

- Предгравидарные факторы риска
- Аntenатальные факторы риска
- Интранатальные факторы риска

ПАТОГЕНЕЗ



- 
- При нормальном течении периода изгнания родов синхронно с наружным поворотом головки плечики устанавливаются в косом размере плоскости входа в малый таз. ДП возникает при установлении плечиков в прямом размере плоскости входа в малый таз и задержке переднего плечика под лонным сочленением



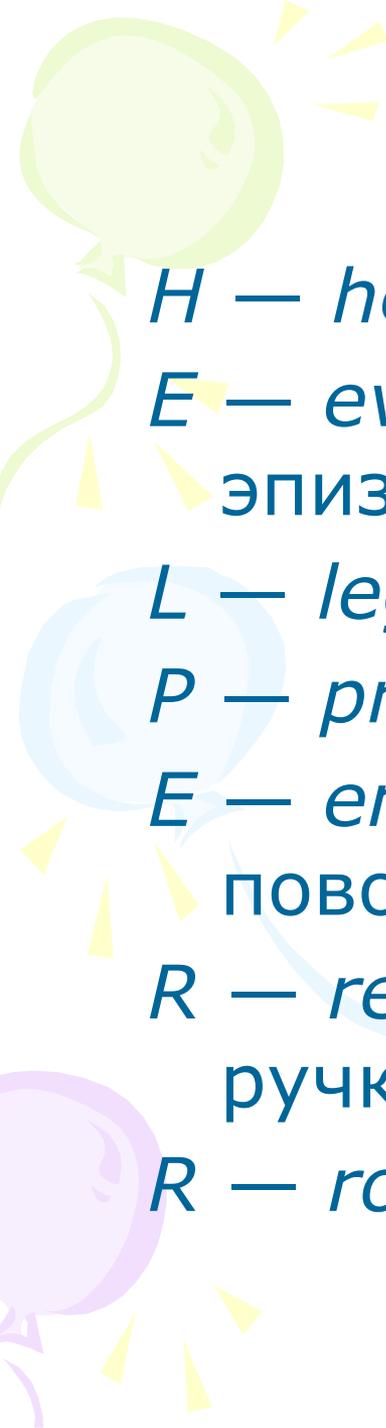
ДИАГНОСТИКА

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

ЛЕЧЕНИЕ

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).



HELPERR

H — *help*, позвать на помощь

E — *evaluate for episiotomy* (подумать об эпизиотомии)

L — *legs*, ноги (приём Мак-Робертса)

P — *pressure*, давление (над лобком)

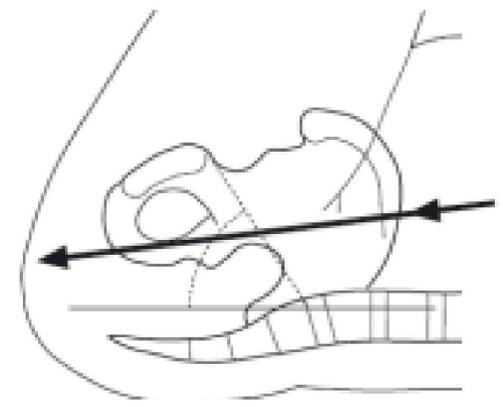
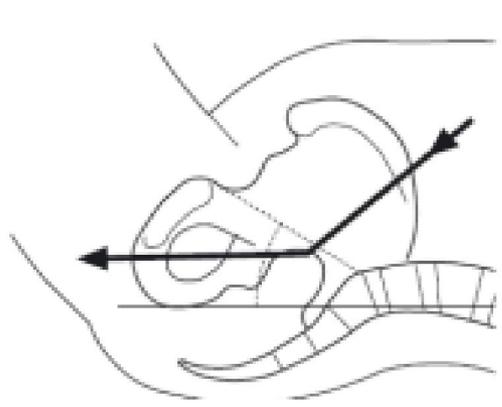
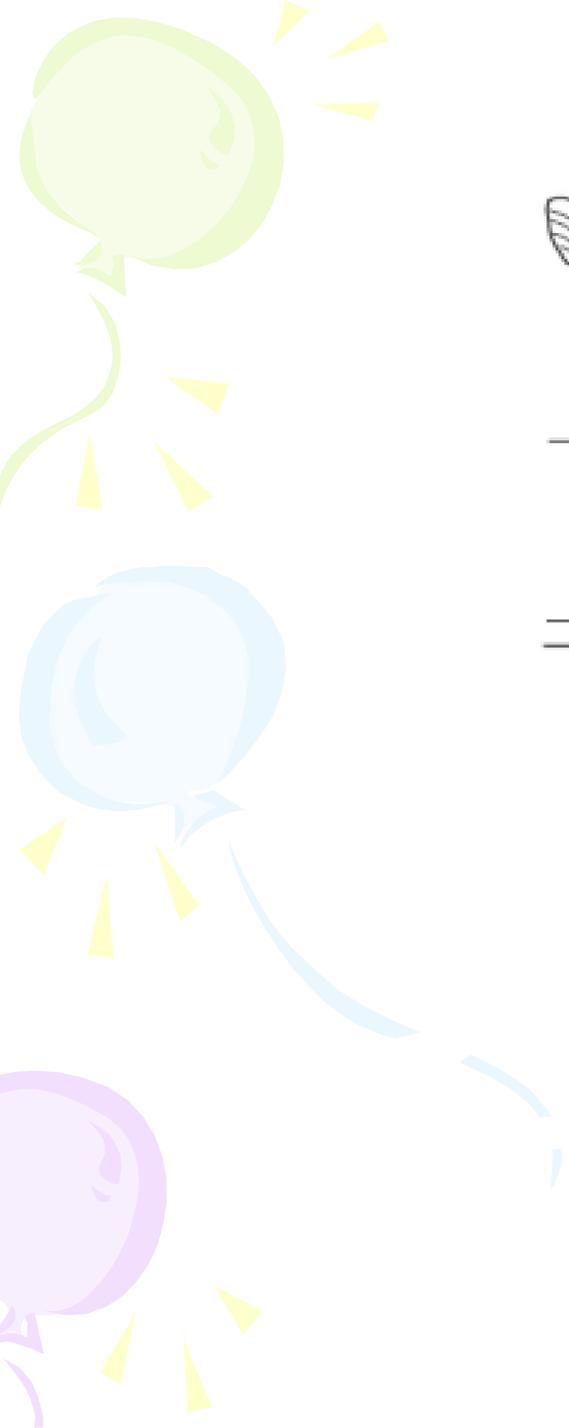
E — *enter*, ввести руку (для внутреннего поворота)

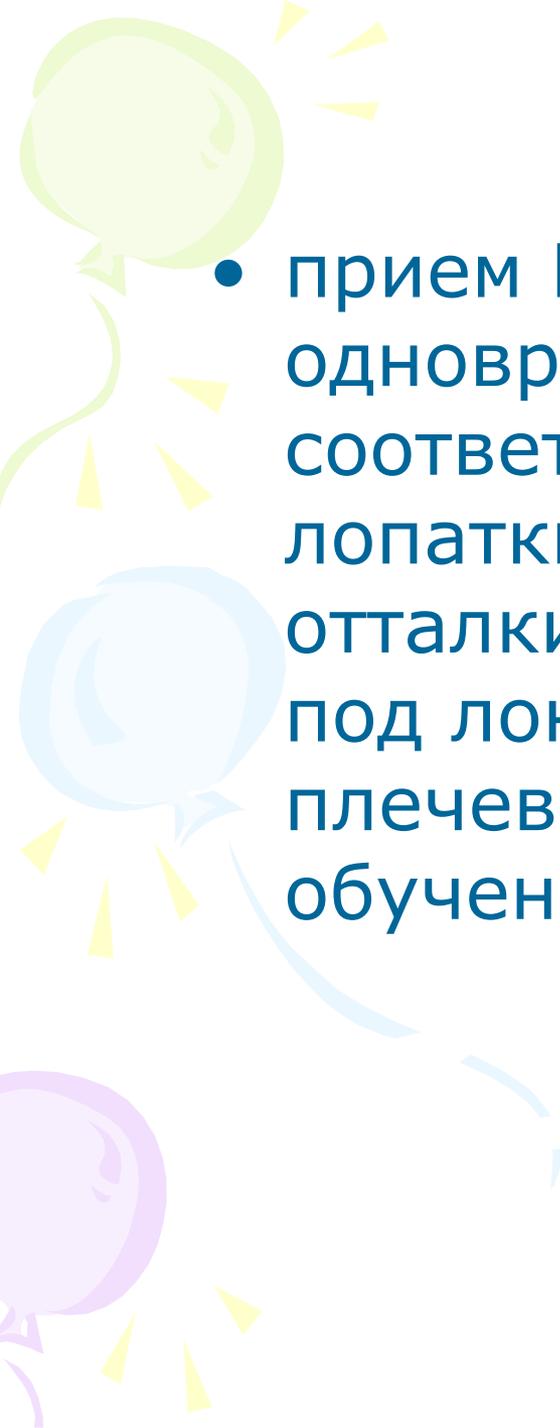
R — *remove*, удалить, извлечь заднюю ручку

R — *roll*, повернуть

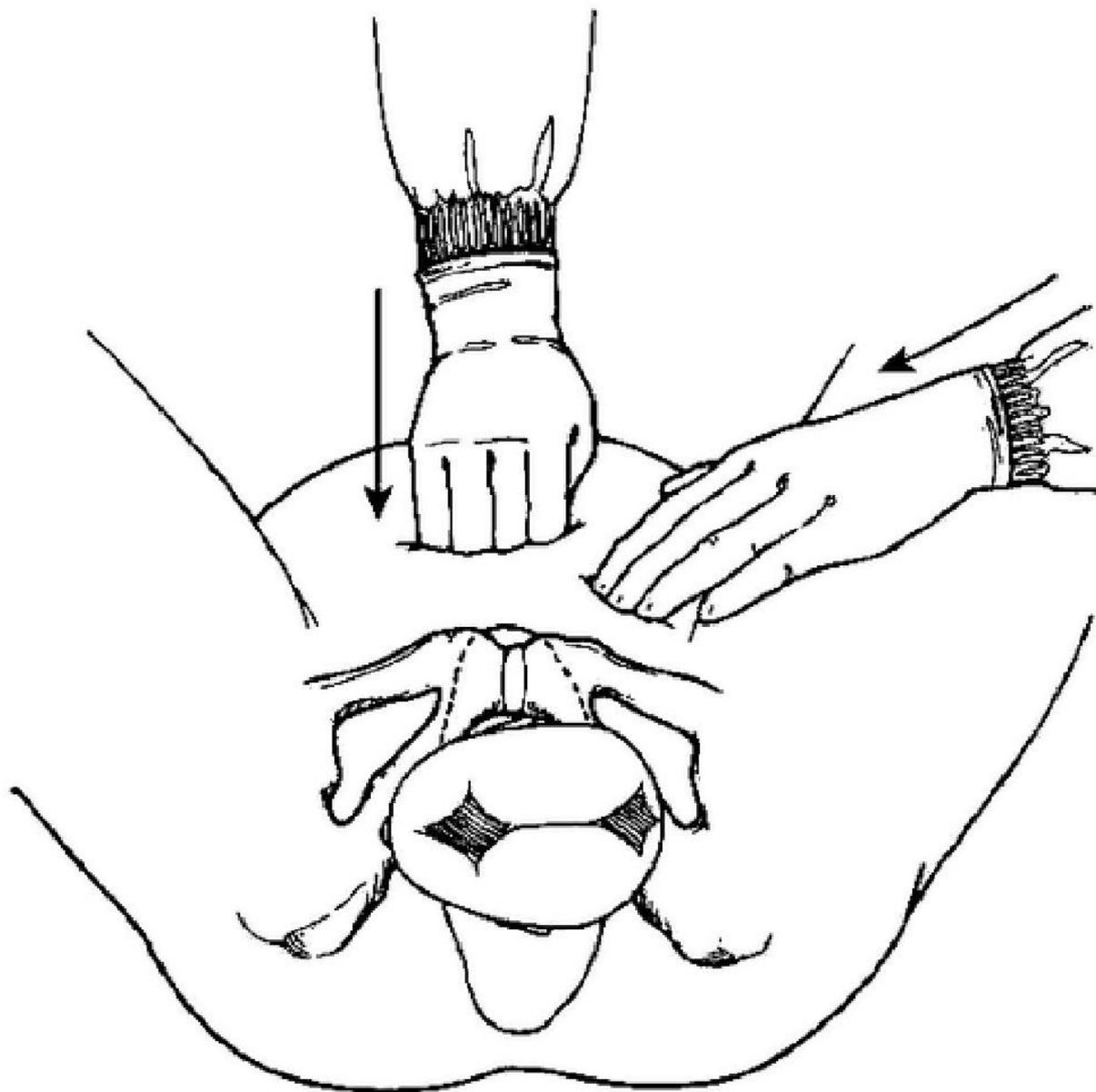
НАРУЖНЫЕ ПРИЕМЫ

- прием McRobert - в положении литотомии – сгибание ног в коленях и максимальное приведение бедер к груди. Может осуществлять сама пациентка, с помощью партнера или медицинского персонала



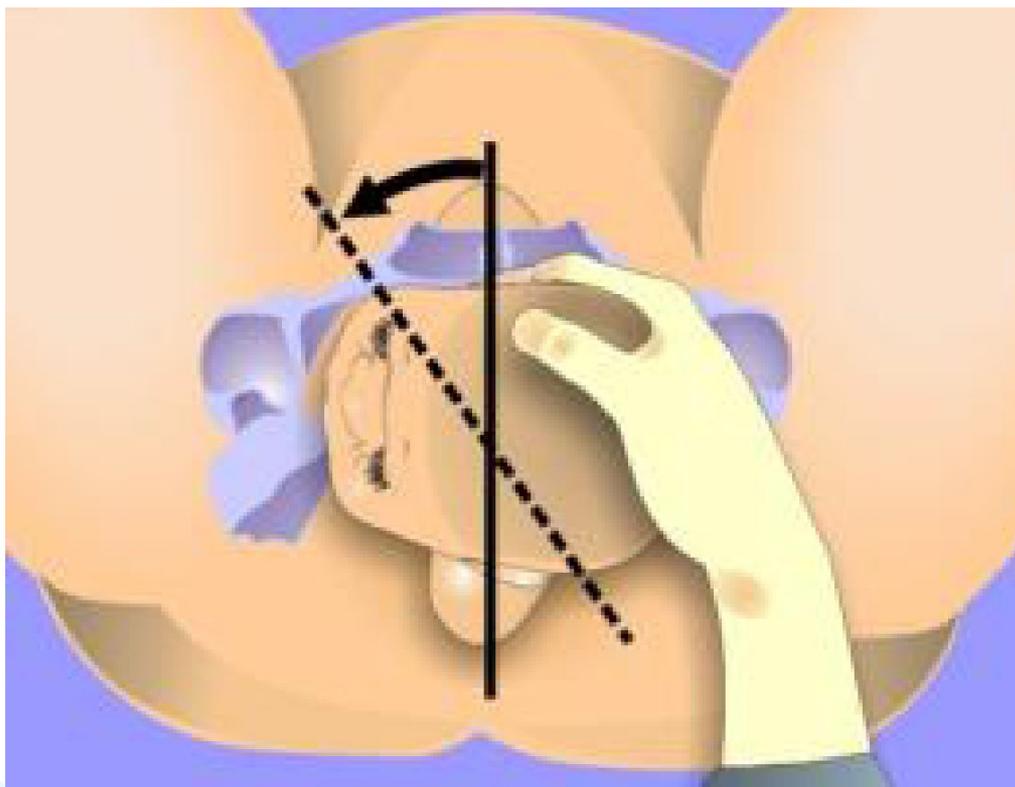
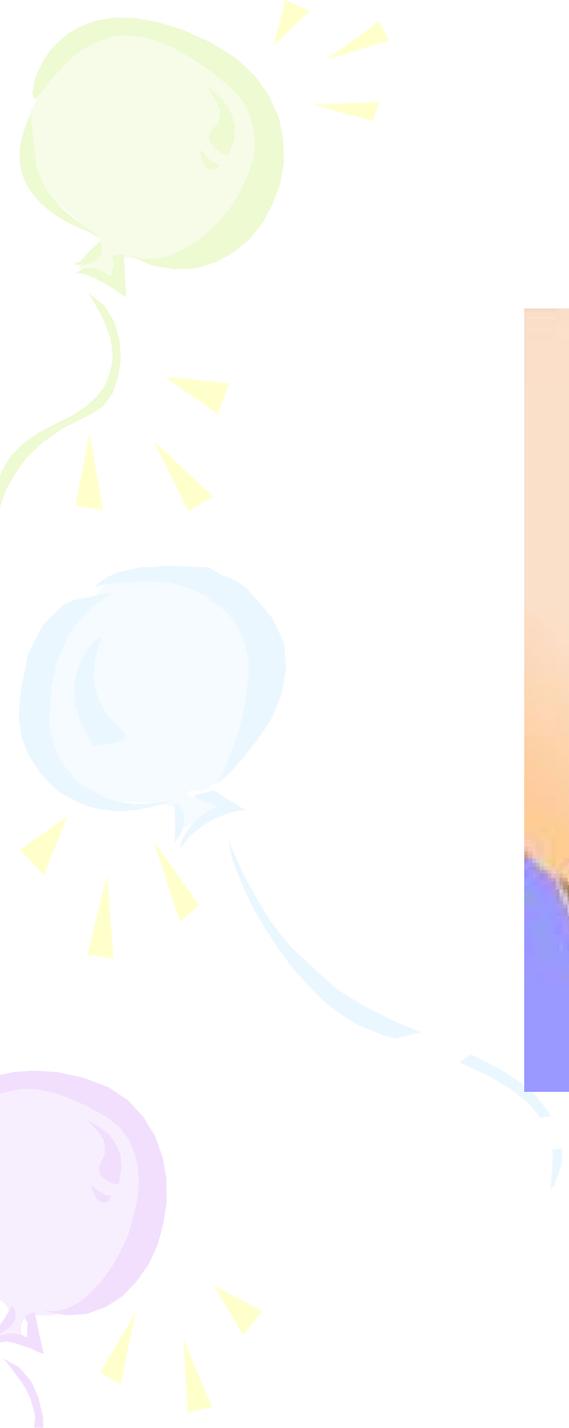
- 
- прием McRobert может быть выполнен одновременно с давлением над лоном, соответственно позиции плода, позади лопатки плода. При этом плечико отталкивается от срединной линии, из-под лона, а также уменьшается диаметр плечевого пояса. Должен осуществлять обученный специалист

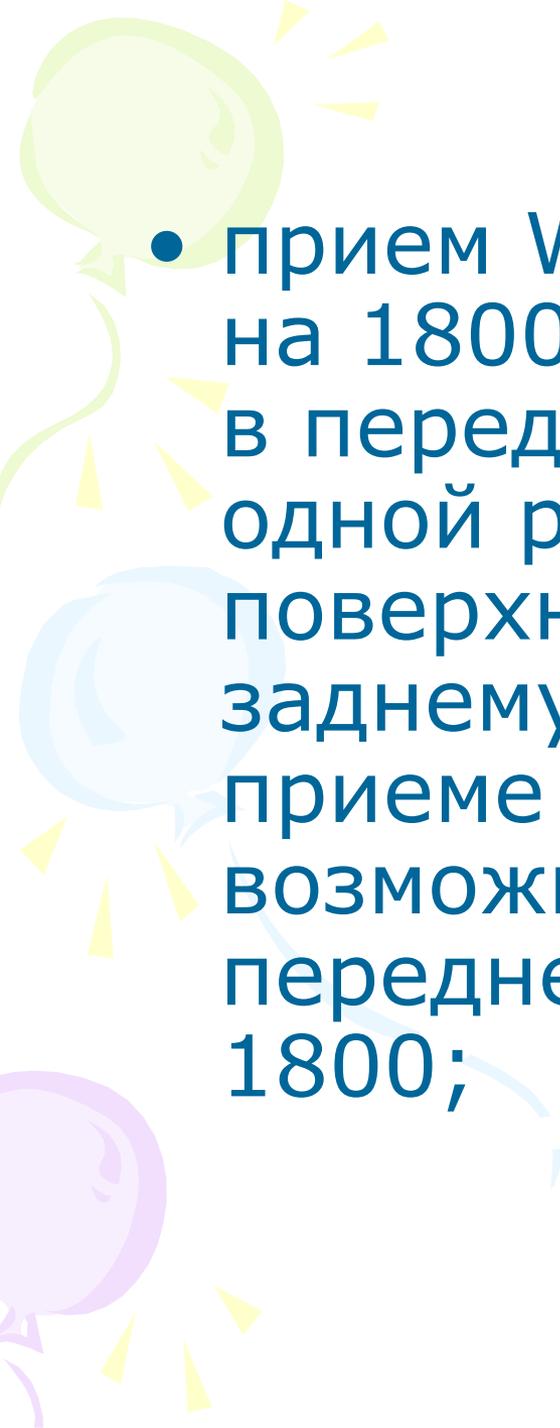
Давление над лобком — дорсально (по Mazzanti) или косо-латерально (по Rubin)

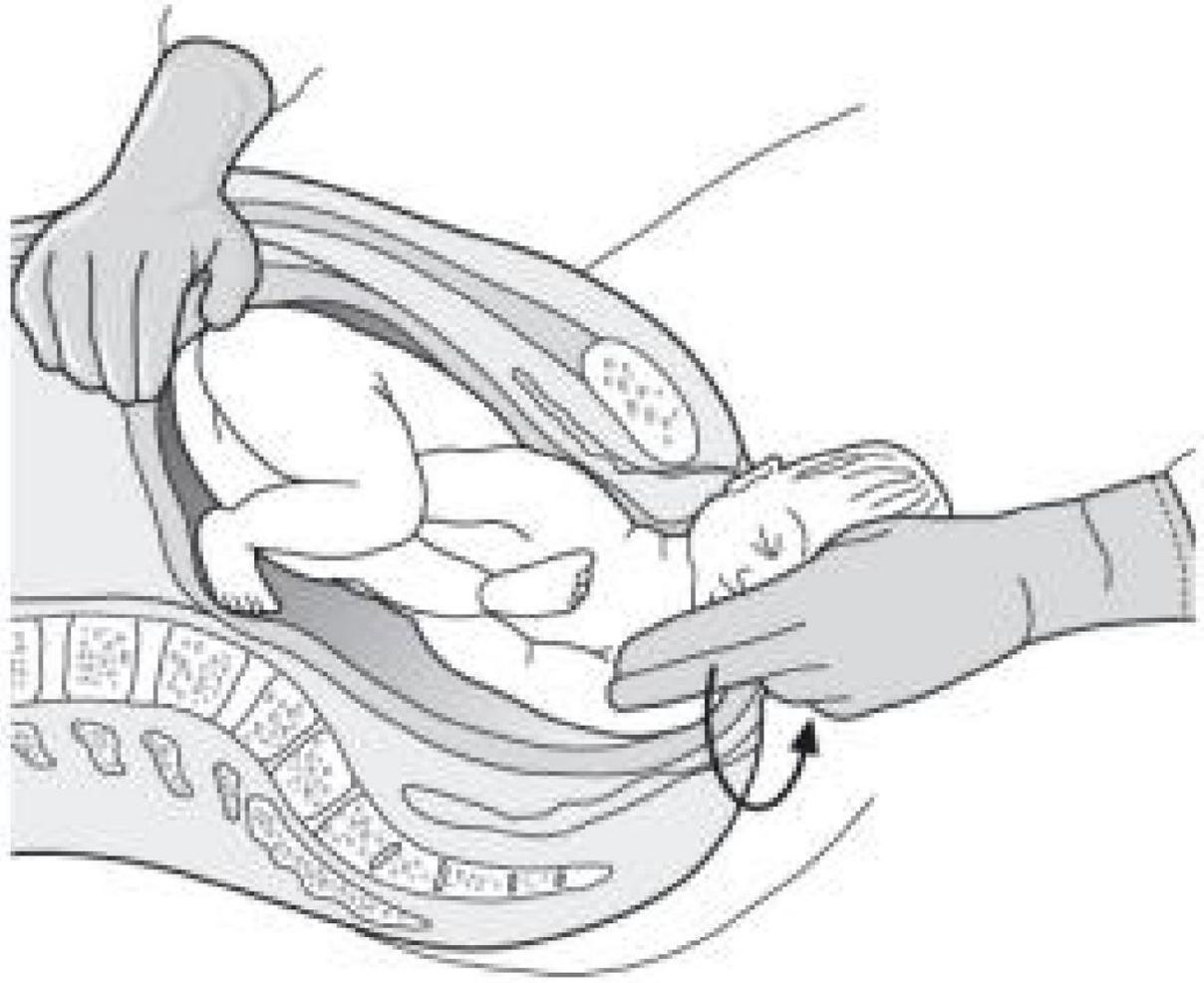


ВНУТРЕННИЕ ПРИЕМЫ

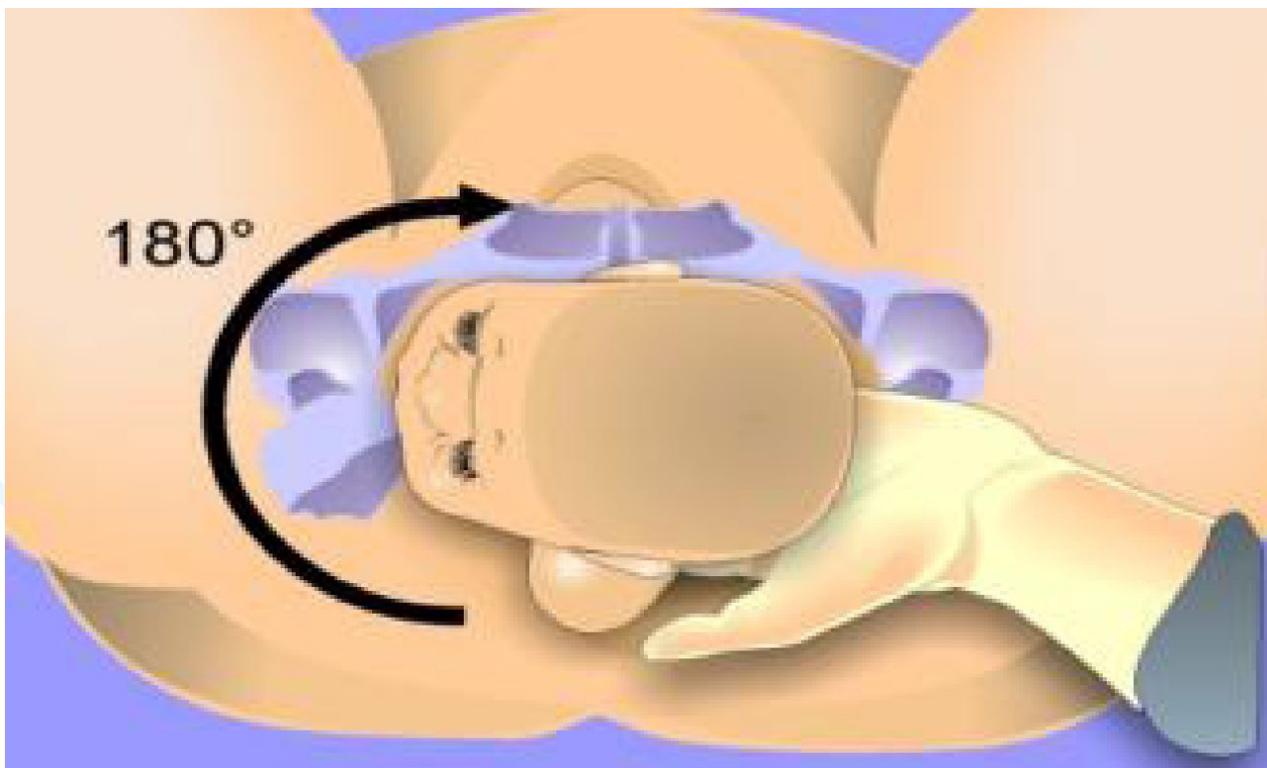
- перед проведением внутренних приемов оценить необходимость эпизиотомии;
- прием Rubin: при доступности переднего плечика: по задней стенке влагалища ввести два (или один) пальца по спинке до подмышечной ямки и угла лопатки и надавить, пытаясь перевести плечевой размер в косой или поперечный



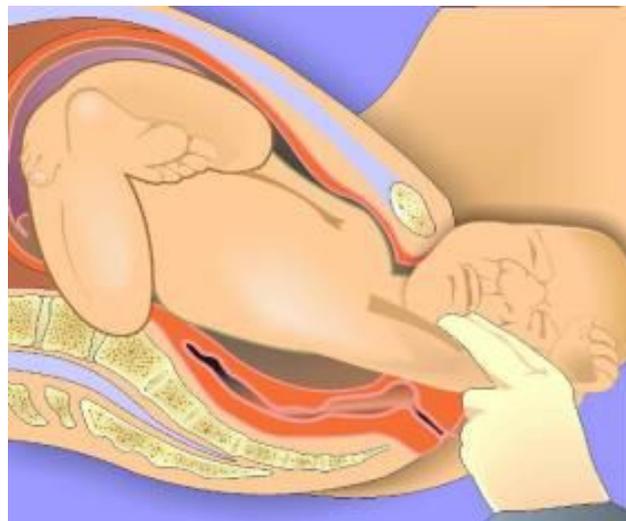
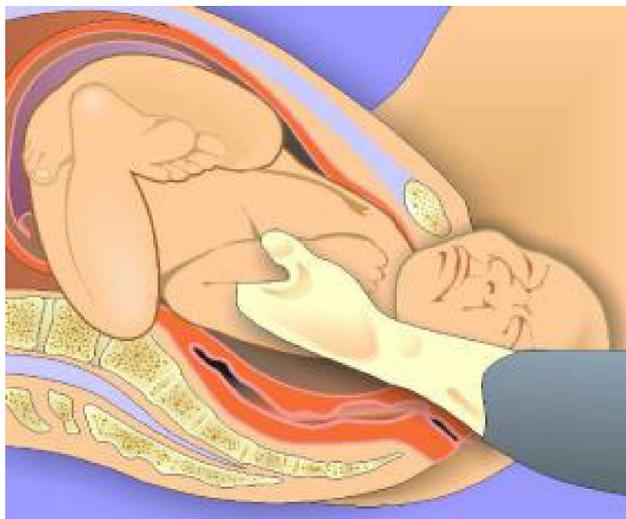
- 
- прием Wood (винт Вуда) – поворот на 180° - перевод заднего плечика в переднее: ввести два пальца одной руки к передней поверхности заднего плечика заднему плечу (так же как при приеме Rubin), (если есть возможность, ввести вторую руку к переднему плечу,) повернуть на 180°;



- возможно проведение обратного винта Вуда;

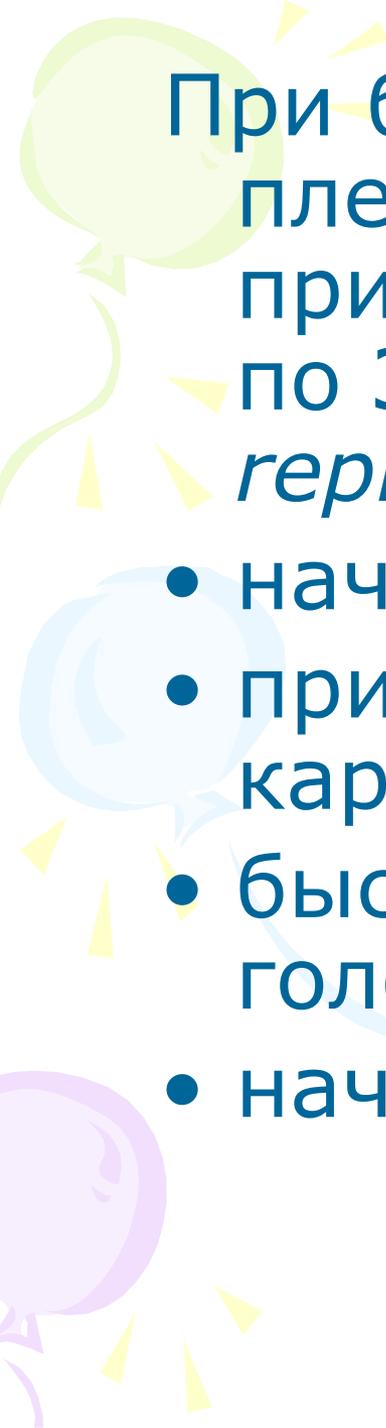


- извлечение задней ручки:
ввести руку вдоль плечика плода до предплечья, одноименной рукой акушер захватывает, сгибает и вытягивает заднюю ручку за запястье вдоль грудной клетки



- Перевернуть женщину в коленно-локтевую позицию и попытаться повторить все приемы (кроме давления над лоном)





При безуспешной попытке родить плечевой пояс, рекомендуют прибегнуть к заправлению головки по Заванелли (*cephalic replacement*):

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

Профилактика

- Все женщины должны быть оценены по риску развития ДП и своевременно переведены на более высокий уровень оказания помощи в случае повышенного риска.
- Многочисленные попытки разработать оценочные таблицы риска развития ДП до настоящего момента не имели практического успеха

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

