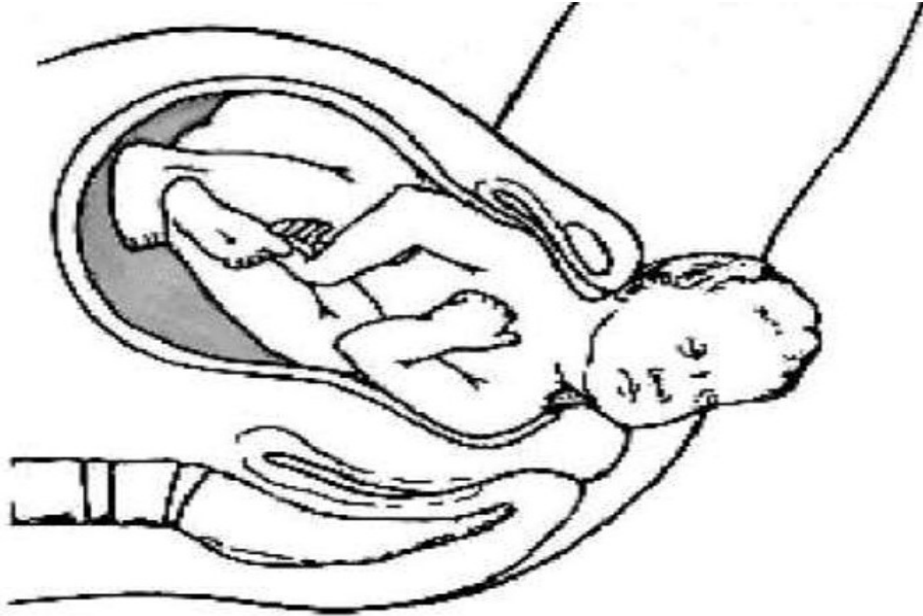


**Міністерство охорони здоров'я України
Одеський національний медичний університет
Кафедра акушерства і гінекології**



ДИСТОЦІЯ ПЛЕЧИКІВ ПЛОДА

Методичні рекомендації

Одеса - 2024

Автори:

- Щурко Д.М.** к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету
- Малюк В.В.** к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету
- Щурко М.І.** к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету
- Головатюк-Юзефпольська І.Л.** к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету,
Заслужений лікар України
- Рогачевський О.П.** завідувач кафедри симуляційних медичних технологій,
Одеського національного медичного університету,
д. екон. н., к.мед.н.

Рецензенти

- В.Г. Марічереда** – д. мед. наук, професор кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету
- О.М. Макаrchук** – д. мед. наук, професор кафедри акушерства і гінекології
ПО Івано-Франківського національного медичного
університету

Рекомендовано
Вченою радою медичного факультету №2
Одеського національного медичного університету.
Протокол № 5 від 8.02.2024 р.

**Д.М. Щурко, В.В. Малюк, М.І. Щурко, І.Л. Головатюк-Юзефпольська,
О.П. Рогачевський Дистоція плечиків плода. Методичні рекомендації. -2024. –
Одеса : ОНМедУ – С. 24 .**

Методичні рекомендації присвячені сучасному стану проблеми дистопії плечиків плода, як одного із не передбачених моментів ускладнених пологів.

Розглянуті питання діагностики, тактики та методів надання екстреного завершення пологів, алгоритм та прийоми виконання невідкладної допомоги.

В рекомендаціях представлений симуляційний сценарій для роботи в симуляційних центрах.

Рекомендації передбачені для лікарів акушер-гінекологів, інтернів, курсантів, клінічних ординаторів, магістрів.

При підготовці рекомендацій використані матеріали електронного учбового посібника Україно-швейцарської програми «Здоров'я матері та дитини» із дозволу авторів (проф. Голяновський О.В., Чернов А.В., к.м.н. Коньков Д.Г, проф. Краснов В.В., 2015 р.)

ДИСТОЦІЯ ПЛЕЧИКІВ ПЛОДА

Визначення поняття та частота.

Дистоція плечиків плода одна з найбільш тривожних екстрених ситуацій, з якою стикаються практично всі лікарі акушер-гінекологи.

Термін «дистоція плечиків» описує таку акушерську ситуацію, коли після народження голівки плода не вдається добитися спонтанного народження голівки плода та виникає необхідність в додаткових акушерських маніпуляціях (прийомах).

При цьому звичайні обережні тракції за голівку плода вниз з цілю підвести переднє плечико під симфіз додатковим маневром не рахуються, а рахуються свого роду тестом на дистоцію – вдалося підвести переднє плечико під симфіз за допомогою одних лише тракцій – немає дистоції, а знадобилися додаткові заходи – є дистоція.

Ще одне визначення дистоції, яке припускається в літературі, як «різниця між народженням голівки та тулуба ≥ 60 секунд» визиває деяке здивування в світлі тих технологій, які сьогодні використовуються в Україні.

Зокрема в багатьох клініках вже на протязі 5-6 років відмовилися від рутинної спроби народити плечики відразу після народження голівки за одну серію потуг.

В переважної більшості випадків при відсутності ознак страждання плода після народження голівки спокійно чекають наступну потугу, під час якої народжуються плечики та тулуб плода.

При цьому різниця між народженням голівки і тулуба плода може легко скласти 60 секунд і більше без будь-якого погіршення стану плода після народження.

І зовсім навпаки – поспіх та спроба будь-якою ціною швидко завершити пологи шляхом організації потуг поза скороченням матки можуть призвести до порушення біомеханізму пологів та дистоції плечиків навіть у невеликого плода.

Причиною дистοції плечиків є невідповідність між розміром плечиків та розмірами площини виходу із тазу, в результаті чого переднє плечико блокується в задню поверхню симфізу і весь плечовий пояс плода вклинюється в прямому розмірі площини виходу із тазу.

Частота даного ускладнення варіює від 0,6% до 1,4% у плодів з невеликою масою тіла при народженні 2500-4000 г, з підвищенням до 5%-9% у плодів з масою тіла 4000-4500 г (народжених від матерів з цукровим діабетом).

Фактори ризику, можливості прогнозування та ускладнення дистοції плечиків.

Існуючі дослідження дозволяють окреслити ряд допологових та інтранальних факторів ризику дистοції плечиків плода (таблиця 1).

Існує зв'язок між розмірами плода та дистοцією плечиків, однак вона не настільки пряма та чітка, як можна очікувати.

Переважає більшість плодів масою ≥ 4500 г не мають дистοції плечиків в пологах, тоді як 48% випадків цього ускладнення виникає при масі тіла плода < 4000 г.

Невідповідність розмірів плода та тазу матері може бути результатом макросомії (великий плід), великої грудної клітини у плода у порівнянні із біпаріетальним розміром (діабетична фетопатія), порушенням біомеханізму пологів (занадто рання організація потуг, оперативні вагінальні пологи), аномалій тазу у матері.

Більшістю тверджень рахується, що конфігурація тіла плода більш важлива, чим просто макросомія. Так великий плід у жінки з цукровим діабетом характеризується більшою окружністю плечиків, зниженим співвідношенням голівка/плечики, значно більшим відсотком жирової тканини та більш товстою шкірною складкою на верхній кінцівці, чим дитина з такою ж масою та довжиною тіла, але у жінки з непорушеною толерантністю до глюкози.

Фактори ризику дисточії плечиків плода

Допологові	Інтранатальні
<ul style="list-style-type: none"> • Дистоція плечиків в анамнезі • Макросомія • Цукровий діабет, гестаційний діабет • Ожиріння у вагітної (ІМТ > 30 кг/м²) • Низький зріст вагітної • Індукція пологів • Переношена вагітність • Аномалії тазу 	<ul style="list-style-type: none"> • Тривалий перший період пологів • Тривалий другий період пологів • Пологопосилення окситоцином • Раннє « розтужування» (жінці дозволяють рано тужитися). • Оперативні вагінальні пологи (вакуум-екстракція, щипці)

Крім того, прогнозування великого плода на основі клінічних даних та УЗД може мати в крайньому випадку $\geq 10\%$ похибки та 60% чутливості.

Вказані фактори ризику мають низьку прогностичну цінність позитивного результату, як окремо, так і в комбінації.

Загально прийнятті фактори ризику (таблиця 1) можуть передбачити тільки 16% дисточії плечиків, яка супроводжується неонатальною захворюваністю.

Більшість випадків даного ускладнення виникає у жінок, які не мають факторів ризику.

**Таким чином, в більшості випадків дисточія плечиків
НЕ ПРОГНОЗОВАНА ТА НЕВІДВОРОТНЕ УСКЛАДНЕННЯ.**

Ускладнення, пов'язані з дисточією плечиків приведені в таблиці 2.

Післяпологові кровотечі (11%) та розрив промежини 4-го ступеню (3,8%) найбільш часті материнські ускладнення і їх частота залишається приблизно на одному рівні незалежно від використання різних прийомів та маніпуляцій.

Ускладнення дистоції плечиків

Материнські	Плодові
<ul style="list-style-type: none"> • Післяпологові кровотечі • Ректовагінальна фістула • Розходження симфізу • Розриви промежини 3 - 4-й ступеню чи (часто) розрив на фоні епізіотомії • Розрив матки 	<ul style="list-style-type: none"> • Травми плечового сплетіння • Перелом ключиці • Загибель плода (інтранатальна чи рання неонатальна смерть) • Асфіксія з ураженням головного мозку • Перелом плечової кістки

Із ускладнень зі сторони плода травми плечового сплетіння є найбільш типовими і зустрічаються в 4-5% випадків дистоції.

На частоту цих ускладнень не впливають досвід та навички медичного персоналу, який надає допомогу.

Приблизно 10% паралічів, внаслідок травми плечового сплетіння, супроводжуються довічною інвалідністю. Решта благополучно виліковуються на протязі 6-12 місяців. При цьому додаткові дослідження показують, що значна частина травм плечового сплетіння у новонароджених не має зв'язку із дистоцією плечиків, а частота персистуючої неврологічної симптоматики в випадку паралічу Ерба через 12 місяців після пологів достовірно вище в групі дітей, які не мали дистоцію плечиків в пологах.

Причиною неонатальною асфіксії та ацидозу є компресія пуповини, особливо при наявності обвиття навколо шийі плода.

Діагностика

- голівка плода народилася, але шия плода залишилась щільно охопленою вульвою – симптом «черепихи»;
- підборіддя втягується та опускає промежину;
- потягування за голівку не супроводжується народженням плечиків.

НАДАННЯ ДОПОМОГИ

З однієї сторони наявність факторів ризику диктує необхідність організувати належні умови для надання допомоги в випадку виникнення дисточії плечиків (обладнання, персонал).

З іншої сторони тезис про непередбачуваність цього ускладнення має на увазі готовність до поетапного надання допомоги (виконання необхідних прийомів, викладених нижче) в 100% вагінальних пологів.

НЕ ПАНІКУВАТИ! НЕ КВАПІТИСЬ!

- ✓ Припинити введення окситоцину (якщо проводиться)
- ✓ Попросити жінку перестати тужитися
- ✓ Перевірити обвиття пуповини навколо шиї (по можливості зняти петлі)
 - ✓ Не давити на дно матки (метод Кристеллера)!
- ✓ Не проводити насильницькі низхідні тракції за голівку плода

Одна тракція!!! Ніяких повторних тракцій за голівку!

В випадку, коли стандартні помірні тракції за голівку вниз не дозволяють підвести переднє плечико під нижній край лона і дисточія плечиків стає очевидною, весь персонал повинен бути мобілізований для надання допомоги породіллі та новонародженому.

Допомога повинна бути якомога більш ефективною – одночасно достатньою для швидкого розродження та обережною для попередження травм плода та матері.

ПРИЙОМИ ПЕРШОГО РЯДУ

Позвати на допомогу! Найбільш досвідчений акушер-гінеколог повинен бути негайно запрошений до пологової зали.

Він буде виконувати ведучу роль в координації дій всієї команди.

Неонатальний персонал повинен бути готовий до проведення первинної реанімації новонародженого в повному об'ємі.

Велика вірогідність тяжких травм промежини та кровотечі потребують залучення анестезіологічної служби для своєчасного початку інфузійної терапії та проведення анестезіологічної допомоги (при необхідності).

Наявність розробленого в відділенні алгоритму допомоги з чітким розподілом ролей та задач при даному виді ускладнення дозволить мінімізувати втрату часу та поліпшити ефективність наданої допомоги.

ЕПІЗІОТОМІЯ

Епізіотомія сама по собі не є заходом, який усуває дистοцію плечиків, однак розріз промежини дає додатковий простір для руки акушера в тому випадку, якщо буде потрібно внутрішня ротація плечиків, а також дозволить зменшити спротив тканин при проведенні тракцій за голівку.

Однак деякі дослідники стверджують, що епізіотомія не є обов'язковим компонентом допомоги, оскільки її виконання не впливає на результати для матері та плода.

Доказано, що епізіотомія не знижує ризик травми плечового сплетіння у плода, тому розріз промежини при дистοції плечиків

НЕ РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ ЯК ОBOB'ЯЗKOBA MAHПYЛЯЦІЯ.

ЗАБОРОНЕНО:

ТИСК НА ДНО МАТКИ (метод Кристеллера)

ТА СИЛЬНІ ТРАКЦІЇ ЗА ГОЛІВКУ ПЛОДА

NB! Данні маніпуляції повинні бути виключені при наданні допомоги в випадку дистοції плечиків, оскільки не тільки не допомагають народженню плода, але й супроводжуються недопустимо високим рівнем неонатальних ускладнень, а тиск на дно матки при дистοції плечиків може призвести до її розриву. [Рівень достовірності C].

ПРИЙОМ МАК РОБЕРТСА

Цей прийом є самим ефективним при дистοції плечиків (частота успіху по деяким даним сягає 70%-90%), супроводжується найменшою кількістю ускладнень, тому повинен виконувати в першу чергу. [Рівень достовірності В].



Мал.1 Прийом Мак Робертса

Прийом (іноді в літературі використовують термін «маневр Мак Робертса») полягає у сильному згинанні стегон породіллі та приведенні їх до черевини (мал. 1).

Цей прийом ротує таз жінки, зменшує люмбо-сакральний кут (кут нахилу тазу), супроводжується підвищенням внутрішньо-маткового тиску та збільшує амплітуду перейм.

Іноді акушери використовують прийом Мак Робертса з профілактичною ціллю, до появи ознак дистοції плечиків.

Однак, час між народженням голівки та тулуба достовірно не відрізнявся в групі профілактичного прийому Мак Робертса у порівнянні із контролем, а проведення прийому Мак Робертса до появи ознак дистοції плечиків достовірно не зменшує силу тракцій за голівку, яку необхідно прикласти для народження переднього плечика.

НАДАВЛЮВАННЯ НАД ЛОБКОМ (прийом MAZZANTI)

Надавлювання над лобком може використовуватися одночасно із прийомом Мак Робертса для збільшення частоти успіху вагінальних пологів.

Ціллю надавлювання над лобком є зменшення біакроміального розміру і ротація переднього плечика в косий розмір площини виходу із малого тазу (мал. 2).



Мал. 2 Надавлювання над лобком (прийом Mazzanti)

Після цього переднє плечико отримує змогу зісковзнути із-під симфізу за допомогою звичайних (не інтенсивних!) тракцій за голівку.

Важливо пам'ятати, що **надавлювання над лобком повинно виконуватися в напрямку вниз і латерально**, штовхаючи задню поверхню переднього плечика в напрямку грудної клітини плода.

Існує думка, що тиск повинен виконуватися на протязі 30 секунд.

Окрім того не виявлено різниці в ефективності між простійним тиском і поштовхоподібними (коливальними) рухами.

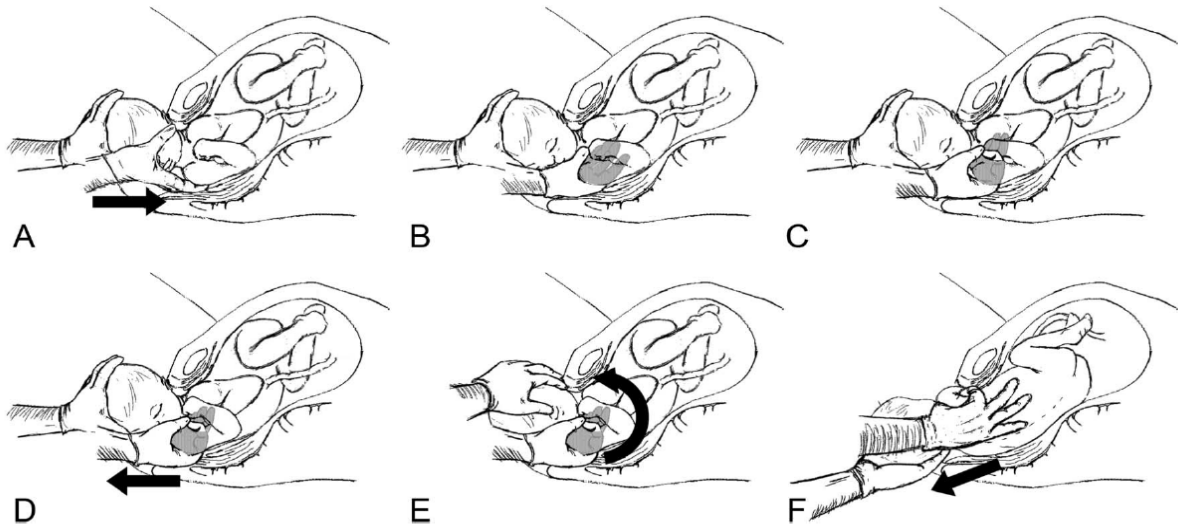
ПРИЙОМИ ДРУГОГО РЯДУ

Якщо комбінація прийому Мак Робертса та натискання над лобком не привели до очікуваного результату, необхідно переходити до прийомів внутрішньої ротації (таблиця 3).

Таблиця 3.

Прийоми внутрішньої ротації на прикладі 1-ої позиції (спинка зліва) і народження задньої ручки.

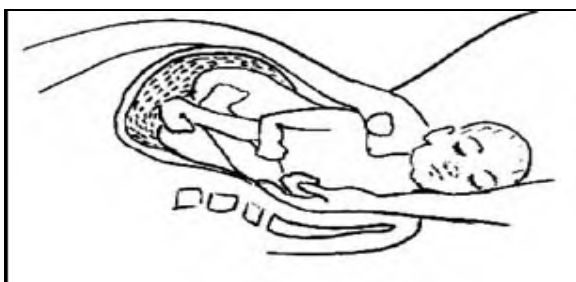
	<p style="text-align: center;">Прийом Рубіна (Rubin)</p> <p>Вводиться вказівний та середній палець правої руки в піхву по задній поверхні <i>заднього</i> плечика.</p> <p>Потім, рухаючись по спинці плода, переводять пальці на задню поверхню <i>переднього</i> плечика. При цьому кінчики пальців будуть дивитися в напрямку задньої (внутрішньої) поверхні лона.</p> <p>Натискуючи на задню поверхню переднього плечика в напрямку грудної клітини плода, ротують плечико в косий розмір площини виходу із тазу.</p> <p>Одночасне виконання прийому Мак Робертса може збільшити успіх.</p>
--	---



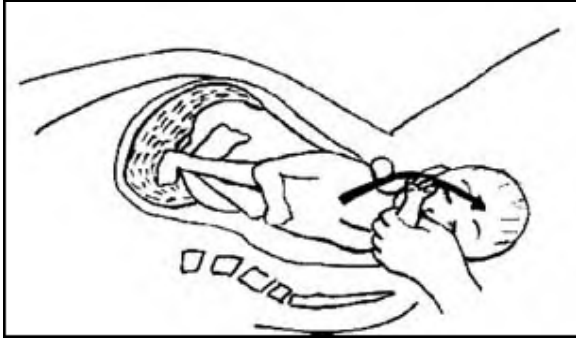
Схематичне зображення виконання прийому Рубіна

	<p align="center">Прийом Вуда (Woods) або «прийом штопора»</p> <p>Якщо прийом Рубіна не вдався необхідно ввести вказівний та середній палець лівої руки в піхву зі сторони передньої поверхні заднього плечика.</p> <p>Одночасно двома руками здійснюється тиск як показано на малюнку.</p> <p>Якщо плечики переведені в косе положення, робляться спроби народити переднє плечико шляхом тракції за голівку.</p> <p>Якщо не вдалося, продовжують ротацію на 180° і потім повторюють спробу пологів.</p>
	<p align="center">Зворотній прийом Вуда</p> <p>Здійснюється тиск на задню поверхню заднього плечика до ротації в косе положення з наступною спробою пологів.</p>

Народження задньої ручки



Для народження задньої ручки рука акушера вводиться в піхву (епізiotомія в цьому випадку може надати необхідний простір), знаходить задню ручку, згинає її в лікті і виводить ковзним рухом по передній поверхні грудної клітини плода.



Після цього переднє плечико може бути підведено під симфіз. Народження задньої ручки може супроводжуватися досить високим відсотком (12%) перелому плеча, однак неонатальна травма може бути наслідком скоріше природи самого ускладнення, а не маніпуляції як такої.

З практичної точки зору якихось переваг у прийомах внутрішньої ротації (таблиця 3) в порівнянні з переходом породіллі в колінно-ліктьове положення (мал. 3) не виявлено.

КОЛІННО-ЛІКТЬОВОЕ ПОЛОЖЕННЯ або прийом ГАСКІН (GASKIN)

Поворот пацієнтки в положення на карачки швидка, безпечна та ефективна тактика при веденні дистоції плечиків [Рівень достовірності В].

Історична довідка: Айна Мей Гаскін – легендарна акушерка, професор, почесний лікар одного із університетів Англії.



Мал.3 Прийом Гаскін

Доведено, що розміри тазу збільшуються при зміні положення тіла із літотомічної позиції (на спині) в колінно-ліктьове.

Так справжня кон'югата може збільшуватися на 10 мм, а прямий розмір площини виходу із тазу - на 20 мм.

Після переведення пацієнтки в колінно-ліктьове положення слід проводити обережні тракції за голівку донизу для народження заднього плечика (мал. 3).

Отже і питання вибору того чи іншого прийому залишається на розсуд лікаря (його досвід, оцінку ситуації тощо).

Деякі автори віддають перевагу саме даному прийому, особливо якщо жінка велика.

Крім того, всі вищевикладені прийоми внутрішньої ротації можна виконувати і в такому положенні. Особливо це стосується народження задньої ручки, яке, на думку деяких авторів, значно полегшується у такому становищі.

ПРИЙОМИ ТРЕТЬОГО РЯДУ (прийоми «останньої надії»)

Дані прийоми рекомендують використовувати у разі невдачі при використанні прийомів, описаних вище.

У подібній ситуації стан плода вже, напевно, більш ніж критичний (уже не кажучи про стан акушера!). Не менш «критичними», особливо при першому прочитанні, видаються наведені нижче прийоми.

- Навмисний перелом ключиці плода.
- Маневр Заванеллі (Zavanelli).

Полягає в згинанні голівки і проштовхуванні її назад в порожнину таза і в порожнину матки з подальшим розродженням шляхом операції кесаревого розтину.

- Лапаротомія, кесарів розтин, трансабдомінальна ротація плода з наступним вагінальним народженням.
- Сімфізіотомія.

Прийоми третього ряду використовується в тих випадках, коли всі прийоми не ефективні, а умов для кесаревого розтину немає (немає операційної, персоналу і т.д.).

Ранній післяпологовий період.

Надзвичайно важливим стає спостереження за жінкою в ранньому післяпологовому періоді. Хоча якісь специфічні рекомендації щодо частоти оцінки відсутні.

Слід приділити особливу увагу оцінці тонусу матки, кількості виділень і особливо підрахунку пульсу у породіллі, оскільки втручання, що виробляються, та й сама природа ускладнення створюють реальний ризик розриву матки.

**Алгоритм (протокол)
надання допомоги при дистоції плечиків.**

Початкові заходи (< 30 секунд)	Результат (необхідне пікреслити)
Діагностувати дистацію плечиків, інформувати команду, яка надає допомогу породіллі	Діагностовано/ повідомлені (персонал, жінка)
Припинити тракції за голівку плода (Руки геть від голівки!)	Виконано (так / ні)
Попросити породіллю припинити тужитися	Виконано (так / ні)
Припинити інфузію окситоцину (якщо проводилася)	Виконано (так / ні)
Перевірити наявність петель пуповини навколо шиї плода, по можливості зняти (або перетнути між затискачами)	є / ні Знята / пересічена
Покликати на допомогу (вказати час виконання): _____ год. _____ хв.)	
Викликати більш досвідченого акушер-гінеколога (Відповідальний черговий лікар, адміністратор)	Виконано (так / ні)
Визвати анестезіолога	Виконано (так / ні)
Визвати неонатолога або медсестру ВРІТ новонароджених	Виконано (так / ні)
Заходи (процедури/маневри)	
Виконати епізіотомію (якщо не було виконано)	Виконано (так / ні)
Прийоми першого ряду	
Прийом Мак Робертса	Виконано (так / ні)
Натискання над лоном (прийом Мазанті)	Виконано (так / ні)
Повторити спробу народження плода	Виконано (так / ні)
Прийоми другого ряду	
Народження (виведення) задньої ручки	Виконано (так / ні)
Маневр Рубіна	Виконано (так / ні)
Маневр штопора (Вуда)	Виконано (так / ні)
Маневр Гаскін (переведення жінки в колінно-ліктьове положення)	Виконано (так / ні)
Хронологія подій та клінічні деталі	
Народження голівки плода	год. хв.
Діагностика дистоції плечиків	год. хв.
Народження (тулуба) плода	год. хв.
Маса плода, гр. (вказати)	
Окружність плечиків, см (вказати)	
Яке плечико було переднім?	Праве / Ліве
Первинна реанімація новонародженого	Так / Ні
Переведення дитини у ВРІТ	Так / Ні
Ознаки ТПС (травма плечового сплетіння)	Так / Ні

Лікар акушер-гінеколог _____ (підпис) _____ П.І.Б.

Симуляційний сценарій

Назва	Дистоція плечиків плода.
Цільова аудиторія:	лікарі інтерни акушер-гінекологи, курсанти лікарі акушер-гінекологи, клінічні ординатори, магістри, акушерки
Час виконання:	15 хв.
Ціль навчання:	надання невідкладної акушерської допомоги при народженні плечиків плода

Технічне забезпечення

Розташування	Пологова зала
Симулятор	Робот-симулятор високої реалістичності (типу Gaumard® Victoria® S2200) Робот-симулятор плоду

Характеристики пологової діяльності

Інтервал переймів	Тривалість переймів	Розташування голівки плода	
через 2хв.	45 сек.	Голівка плода народилася, шия плода щільно затиснута (охвачена) вульвою. Відведення до промежини руками голівки плода з метою народження плечового поясу плода не вдається.	
Положення плечового поясу плода		Положення переднього плечика плода	
Вклинений в прямому розмірі площини виходу із таза. Перша позиція плода, лице плода повернуте до правого стегна матері.		Переднє плечико заблоковано в нижню поверхню симфізу.	
Початкові параметри монітора роділлі			
АТ	Сатурація	Пульс	ЕКГ
120/80	97	80	нормальна
Початкові параметри монітора плоду			
Частота серцебиття плода		Ритм серцебиття плода	
136 уд./хв.		ритмічне	

Додаткові вимоги до обладнання/реквізиту та витратні матеріали

1	Рукавички латексні
2	Дезінфекуючий розчин
3	Лоток для кульок
4	Кульки марлеві
5	Корцанг
6	Ножиці

БЛОК-СХЕМА СЦЕНАРІЮ

Завдання:

У роділлі потуги по 45 сек. через 2 хв. При аускультатії серцебиття плода 136 уд. за 1 хв., ритмічне. Голівка плода народилася та повернулася лицем до правого стегна матері. Шия плода щільно затиснута вульвою. Переднє плечико плода заблоковано (упирається) в нижній край симфізу. Відведення голівки плода обома руками до промежини не сприяє народженню переднього плечика та не супроводжується утворенням точки фіксації між переднім плечиком та нижнім краєм симфізу. Народження плечиків не відбувається.

Ваші подальші дії?

Правильні дії.

Виставити діагноз:

Дистоція плечиків плода.
Визначити подальшу тактику ведення пологів.

Припинити введення окситоцину.
Попросити породіллю припинити тужитися.
Перевірити обвиття пуповини навколо шиї плода.
Зняти петлі пуповини з шиї плода.

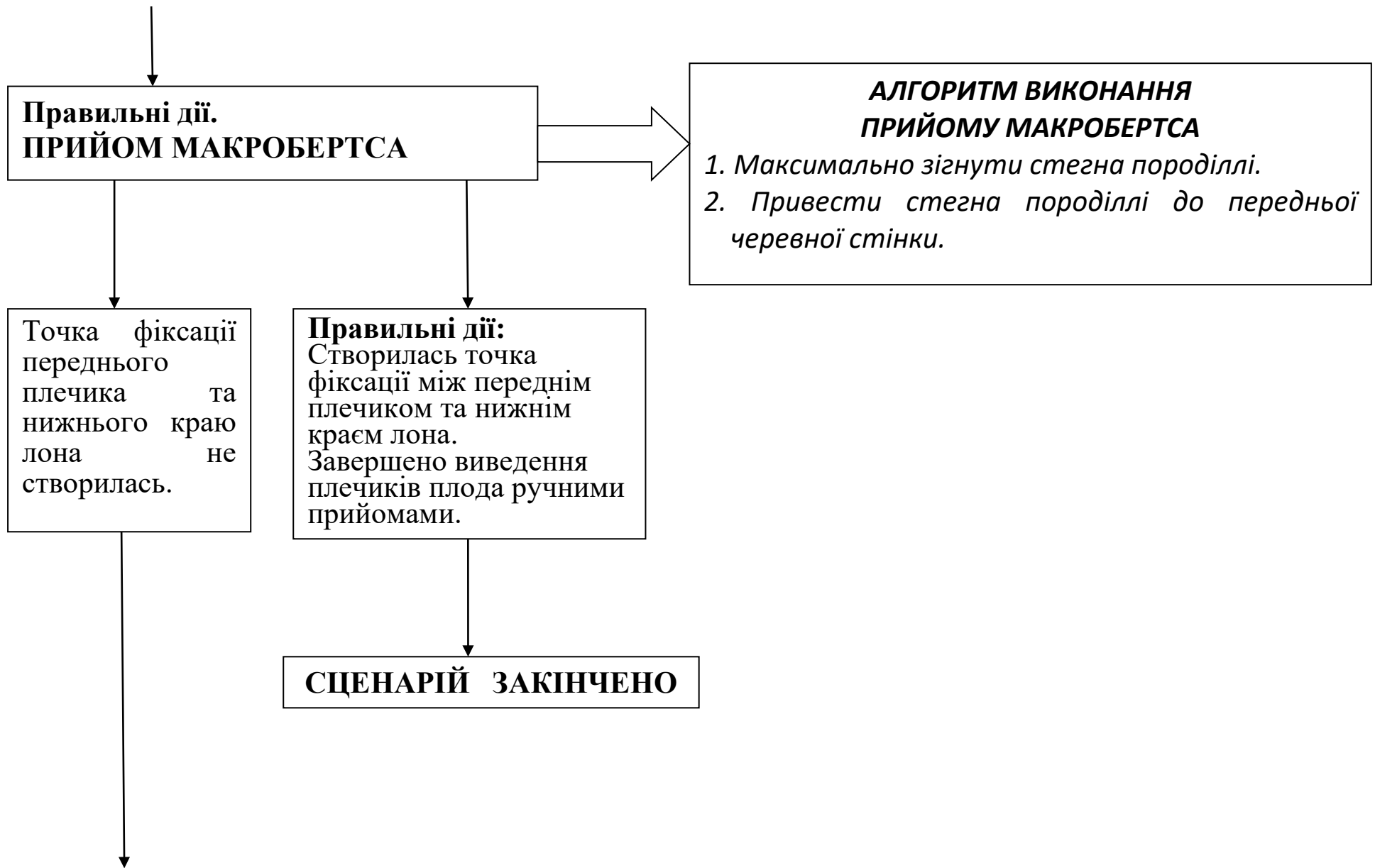
Неправильні дії.

*Тракція за голівку плода з метою народження плечового поясу.
Подальше відведення руками голівки плода до промежини з метою народження плечового поясу.
Насильницьке натискання помічником на дно матки (метод Кристеллера).*

**Інтранатальна загибель плода.
СЦЕНАРІЙ ЗАКІНЧЕНО**

Алгоритм перевірки обвиття пуповини.
Вказівним пальцем обережно обведіть навколо шиї плода та визначте щільність обвиття.

Алгоритм зняття пуповини при обвитті.
*Обережно захватіть пуповину вказівним пальцем, підніміть угору та обережно зніміть її через голівку плода.
У разі щільного обвиття проведіть перетинання пуповини ножицями між двома затискачами.*



↓

На симуляторі:

Роділля: потуги по 45 сек. через 2 хв. АТ 120/80; пульс 84; сатурація 96; ЕКГ – норма

При аускультатії серцебиття плода 120 уд. за 1 хв., ритмічне.

Перша позиція плода, лице плода повернуте до правого стегна матері. Переднє плечико заблоковано в задню поверхню симфізу. При відведенні голівки плода вниз до промежини не створилася точка фіксації між переднім плечиком та нижнім краєм симфізу.

Правильні дії.
Приєм MAZZANTI

**Алгоритм виконання прийому MAZZANTI
(НАДАВЛЮВАННЯ НАД ЛОБКОМ)**

Над лобком коливальними та штовхо-подібними рухами у напрямку вниз і латерально надавити на задню поверхню плечика плода від спинки до його грудної клітини.

Точка фіксації переднього плечика та нижнього краю лона не створилася.

Правильні дії:
Створилася точка фіксації між переднім плечиком та нижнім краєм лона.
Завершено виведення плечиків плода ручними прийомами.

СЦЕНАРІЙ ЗАКІНЧЕНО

↓

На симуляторі:
Роділля: потуги по 45 сек. через 2 хв. АТ 120/80; пульс 84; сатурація 96; ЕКГ – норма
При аускультатії серцебиття плода 120 уд. за 1 хв., ритмічне.
Перша позиція плода, лице плода повернуте до правого стегна матері. Переднє плечико заблоковано в задню поверхню симфізу. Коливальні та штовхаючі рухи над лобком з надавлюванням на задню поверхню плечика плода у напрямку його грудної клітини не створили точку фіксації між переднім плечиком та нижнім краєм симфізу.

↓

**Правильні дії.
Прийом Рубіна (Rubin).**

Алгоритм виконання прийому Рубіна (Rubin).

1. Ввести вказівний та середній палець правої руки в піхву по задній поверхні заднього плечика.
2. Рухаючись по спинці плода, перевести пальці на задню поверхню переднього плечика. При цьому кінчики пальців повинні дивитися в напрямку задньої (внутрішньої) поверхні лона.
3. Натискуючи на задню поверхню переднього плечика в напрямку грудної клітини плода, провести ротацію плечика в косий розмір площини тазу.

Ротація переднього плечика в косий розмір площини тазу не відбулася

Правильні дії:
Ротація переднього плечика в косий розмір площини тазу відбулася. Завершено виведення плечиків плода ручними прийомами.

СЦЕНАРІЙ ЗАКІНЧЕНО

↓

На симуляторі:

Роділля: потуги по 45 сек. через 2 хв. АТ 120/80; пульс 84; сатурація 96; ЕКГ – норма.

При аускультатії серцебиття плода 120 уд. за 1 хв., ритмічне.

Перша позиція плода, лице плода повернуте до правого стегна матері. Переднє плечико заблоковано в задню поверхню симфізу.

Виконання прийому Рубіна не привело до ротації переднього плечика в косий розмір площини тазу.

Правильні дії.

Прийом Вуда (Woods) або «прийом штопора»

Виконання прийому Вуда не перевело плечики в косий розмір площини тазу.

Правильні дії:

Плечики переведені в косе положення.
Шляхом відведення голівки плода вниз народилося переднє плечико.
Завершено виведення плечиків плода ручними прийомами.

СЦЕНАРІЙ ЗАКІНЧЕНО

Алгоритм виконання прийому Вуда (Woods)

1. Ввести вказівний та середній пальці лівої руки в піхву зі сторони передньої поверхні заднього плечика.
2. Одночасно двома руками здійснити тиск.
3. Якщо плечики переведені в косе положення, зробити спробу народити переднє плечико.
4. Якщо не вдалося, продовжити ротацію на 180° і потім повторити спробу.



На симуляторі:

Роділля: потуги по 45 сек. через 2 хв. АТ 120/80; пульс 84; сатурація 96; ЕКГ – норма.

При аускультатії серцебиття плода 120 уд. за 1 хв., ритмічне.

Перша позиція плода, лице плода повернуте до правого стегна матері. Переднє плечико заблоковано в задню поверхню симфізу.

Виконання зворотного прийому Вуда не перевело плечики в косе положення.

Правильні дії.

Народження задньої ручки плода

Алгоритм народження задньої ручки

1. Ввести пальці руки акушера в піхву.
2. Знайти задню ручку плода,
3. Зігнути задню ручку плода в лікті.
4. Вивести задню ручку плода ковзним рухом по передній поверхні грудної клітини плода.
5. Переднє плечико підвести під симфіз.

Не вдалося вивести задню ручку плода та підвести плечико під симфіз.

Правильні дії:
Вдалося вивести задню ручку плода та підвести плечико під симфіз.
Завершено виведення плечиків плода ручними прийомами.

СЦЕНАРІЙ ЗАКІНЧЕНО



На симуляторі:

Роділля: потуги по 45 сек. через 2 хв. АТ 120/80; пульс 80; сатурація 98; ЕКГ - норма

При аускультатії серцебиття плода 130 уд. за 1 хв., ритмічне.

Перша позиція плода, лице плода повернуте до правого стегна матері. Переднє плечико заблоковано в задню поверхню симфізу.

Не вдалося вивести задню ручку плода та підвести плечико під симфіз.

**Правильні дії.
Приєм Гаскін.**

Алгоритм прийому Гаскін.

1. Роділля в коліно-ліктьовому положенні.
2. Низведення донизу голівки плода до народження заднього плечика плода.
3. Підняття голівки плода доверху до народження переднього плечика та тулуба плода.

На симуляторі:

Низведення донизу голівки плода, в коліно-ліктьовому положенні роділлі, призвело до народження заднього плечика плода.

Підняття голівки плода доверху призвело до народження переднього плечика та тулуба плода.

СЦЕНАРІЙ ЗАКІНЧЕНО

Методи та критерії оцінювання

ЧЕК ЛИСТ

№ п/п	Етапи виконання завдання	Кількість балів (%)	Додаткові бали	Відмітка про виконання
1	Вибрав точку аускультатії.	2		
2	Підрахував кількість ударів – 136 ударів за хвилину.	2		
Підготовка до надання невідкладної акушерської допомоги				
3	Обробив руки.	1		
4	Одягнув стерильні рукавички.	1		
Визначення подальшої тактики ведення пологів				
6	Виставив діагноз: Дистоція плечиків плода.	10		
7	Визначив подальшу тактику ведення пологів.	10		
Подальше ведення пологів				
8	Визвав відповідального лікаря, анестезіолога та неонатолога.	2		
9	Перевірів АТ – 120/80 мм рт. ст.	2		
10	Перевірів сатурацію – 97 %.	2		
11	Перевірів пульс – 80 уд./хв.	2		
12	Спросив роділлю про самопочуття.	2		
13	Припинив введення окситоцину.	2		
14	Попросив породіллю припинити тужитися.	2		
15	Перевірів обвиття пуповини навколо шиї плода	2		

№ п/п	Етапи виконання завдання	Кількість балів (%)	Додаткові бали	Відмітка про виконання
16	Виконав зняття пуповини з шиї плода	2		
17	Виконав перетинання пуповини	2		
Надання допомоги при дистонії плечиків плода				
18	Виконав прийом Макробертса суворо за алгоритмом	5	66, якщо плід народився	
19	Виконав прийом Mazzanti суворо за алгоритмом.	5	61, якщо плід народився	
20	Виконав прийом Рубіна суворо за алгоритмом.	5	56, якщо плід народився	
21	Виконав прийом Вуда суворо за алгоритмом.	5	51, якщо плід народився	
22	Виконав зворотній прийом Вуда суворо за алгоритмом.	5	46, якщо плід народився	
23	Виконав народження задньої ручки суворо за алгоритмом.	5	41, якщо плід народився	
24	Виконав прийом Гаскін суворо за алгоритмом.	36	40, якщо плід народився	
	Підсумок			

№ п/п	Етапи виконання завдання	Кількість балів (%)	Додаткові бали	Відмітка про виконання
Штрафні бали				
25	Вилучив плечики та тулуб плода з пологових шляхів з порушенням алгоритму.	-20		
26	Травмував пологові шляхи.	-20		
27	Зробив інші дії які нанесли шкоду здоров'ю матері або плода.	-20		

Визначення	Чотирибальна національна шкала оцінювання	Рейтингова бальна шкала оцінювання
Виконання 88-100% дій за чек-листом	5 (відмінно)	$170 \leq RD \leq 200$
Виконання 75-87 % дій за чек-листом	4 (добре)	$140 \leq RD < 169$
Виконання 62-74 % дій за чек-листом	3 (задовільно)	$120 \leq RD < 139$
Виконання 61 та менше % дій за чек листом	2 (незадовільно)	$0 \leq RD < 119$

Література:

1. Коньков Д.Г., Голяновський О.В., Чернов А.В., Краснов В.В. Електронний навчальний посібник «Дистоція плечиків плода» створено групою авторів з Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупіка та Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова за підтримки україно-швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини». Рекомендований Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупіка, 2015 р.
2. Int J Womens Health. Shoulder dystocia: incidence, mechanisms, and management strategies, 2018 Nov 9;10:723-732. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S175088>; PMID:30519118 PMCID:PMC6233701. eCollection 2018.
3. Poujade O, Azria E Prevention of shoulder dystocia: A randomized controlled trial to evaluate an obstetric maneuver, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018 Aug;227:52-59. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.06.002>. Epub 2018 Jun 4.
4. «Shoulder Dystocia: Overview, Indications, Contraindications». 21 June 2017. Retrieved 2 April 2019.
5. Overland EA, Spydslaug A, Nielsen CS, Eskild A. Risk of shoulder dystocia in second delivery: does a history of shoulder dystocia matter? American Journal Obstetrics and Gynaecology 2009;200:506 e1-506 e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.12.038>; PMID:19268881
6. KC K, Shakya S, Zhang H. Gestational Diabetes Mellitus and Macrosomia: A Literature Review. Ann Nutr Metab. 2015; 66(2):14-20. <https://doi.org/10.1097/01>
8. Dahlke JD; Bhalwal A; Chauhan SP (June 2017). «Obstetric Emergencies: Shoulder Dystocia and Postpartum Hemorrhage». Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 44 (2): 231–243. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.02.003>; PMID:28499533
9. Chambers CN, Brennan T., Caugley AB, Simpson CN. The effect of maternal ethnicity on cesarean delivery in macrosomic term pregnancies/ Obstetrics and Gynecology 2015; 125(1):86. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000463244.59749.16>