

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Затрудненные роды [дистоция] веледствие**

**предлежания плечика**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:066.0

Год утверждения (частота пересмотра):2020

В озрастная категория: Взрослые,Дети

Пересмотр не позднее:2022

**ГО:595**

Разработчик клинической рекомендации **• Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Список сокращений Термины и определения

1. Краткая информация по заболеванию или еоетоянию (группы заболеваний или еоетояний)
   1. Определение заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   2. Этиология и патогенез заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   3. Эпидемиология заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   4. Оеобенноети кодирования заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) по Международной етатичеекой клаеификации болезней и проблем, евязанных ео здоровьем
   5. Клаееификация заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   6. Клиничеекая картина заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
2. Диагноетика заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) медицинекие показания и противопоказания к применению методов диагноетики
   1. Жалобы и анамнез
   2. Физикальное обеледование
   3. Лабораторные диагноетичеекие иееледования
   4. Инетрументальные диагноетичеекие иееледования
   5. Иные диагноетичеекие иееледования
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинекие показания и противопоказания к применению методов лечения
4. Медицинекая реабилитация и еанаторно-курортное лечение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов медицинекой реабилитации, в том чиеле оенованных на иепользовании природных лечебных факторов
5. Профилактика и диепанеерное наблюдение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов профилактики
6. Организация оказания медицинекой помощи
7. Дополнительная информация (в том чиеле факторы, влияющие на иеход заболевания или еоетояния)

Критерии оценки качеетва медицинекой помощи Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы по разработке и переемотру клиничееких рекомендаций

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Справочные материалы, включая еоответетвие показаний к применению и противопоказаний, епоеобов применения и доз лекаретвенных препаратов, инетрукции по применению лекаретвенного препарата Приложение Б. Алгоритмы дейетвий врача Приложение В. Информация для пациента

Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопроеники и другие оценочные инетрументы еоетояния пациента, приведенные в клиничееких рекомендациях

Список сокращений

ДП - дистоция плечиков

ГСД - гестационный сахарный диабет

ИМТ - индекс массы тела

СД - сахарный диабет

Термины и определения

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.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

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.

При неосложнённом течении второго периода родов в момент разгибания и рождения головки плода его плечики опускаются в плоскость входа в малый таз в косом или поперечном размере таза. Затем, при прохождении плечиков через полость таза, происходит их внутренний поворот. В результате поступательно-вращательного движения плечики на тазовом дне устанавливаются в прямом размере плоскости выхода. Внутренний поворот плечиков сопровождается наружным поворотом головки. После установления плечиков в прямом размере выхода таза акушерка бережно придает плоду направление книзу и кзади, помогая плечику, обращенному кпереди, выкатиться до его верхней трети из-под лонной кости. Затем направление осторожно меняется на противоположное и из промежности рождается плечико, обращенное кзади, после чего полностью рождается весь плечевой пояс.

Примерно в 20% наблюдений во время разгибания и рождения головки плода его плечики остаются в прямом или слегка в косом размере входа в таз и не опускаются в полость таза до следующей потуги. Плечики плода фиксируются в этом положении, дальнейшее продвижение плода останавливается. При этом наиболее часто переднее плечико упирается в лонное сочленение, реже - заднее в крестец, очень редко препятствия встречают оба плечика. Нарушение механизма родов встречается при форсировании опускания плечиков нисходящими тракциями за головку. Кроме того, ДП может быть обусловлена несоответствием между размерами плода и таза матери (крупный плод, узкий таз).

Распространенность ДП составляет 0,2-3% и завиеит от маееы тела плода: 0,6-1,4% при маеее тела плода 2500-4000 г, 5-9% - при маеее плода 4000-4500 г [1].

* 1. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической класификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

066.0. Затруднённые роды [дистоция] вследствие предлежания плечика.

* 1. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или еоетояний)

Не применимо.

После рождения головки плода проиеходит задержка рождения плечиков веледетвие отеутетвия еамопроизвольного опуекания плечевого пояеа и неэффективноети лёгких вепомогательных низводящих тракций при потугах, которая продолжаетея более 60 е. Бережное отклонение родившейея головки (не более чем на 30-40° от оеи вниз) во время еледующей потуги не еопровождаетея рождением плечика. Развиваетея еимптом «черепахи» - головка плода родилаеь, но шея оеталаеь плотно охваченная вульвой, подбородок втягиваетея обратно в промежноеть.

1. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или еостояний) медицинские показания и противопоказания к применению

методов диагностики

Критерии установления диагноза

Диагноз устанавливается на основании клинической картины (пункт 1.6).

1. Жалобы и анамнез

* Рекомендовано учитывать факт ДП в предыдущих родах для прогноза риека ДП в данных родах [2-4].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 3).**

Комментарии: Даже правильно проведенная оценка факторов риека обладает недоетаточно выраженным прогноетичееким потенциалом, чтобы предотвратить развитие ДП. На оеновании перечиеленных факторов риека можно предеказать лишь 16% ДП [5]. В 48% ДП наблюдаетея при маеее плода менее 4000 г [6]. Таким образом, ДП трудно прогнозировать и заранее предотвратить в конкретной еитуации [6-10].

* Рекомендовано учитывать наличие еахарного диабета (СД), геетационного еахарного диабета (ГСД) для прогноза риека ДП в данных родах [11-13].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

Комментарии: Риск повторной ДП составляет по данным литературы от 1 до 25%, а при наличии СД у матери риск развития ДП в 2-4 раза выше по сравнению с плодами такой же массы, матери которых не болеют СД [11-13].

* Рекомендовано учитывать высокий индекс массы тела (ИМТ) (>30 кг/м ) и/или избыточную прибавку массы тела во время беременности (> 20 кг) для прогноза риска ДП в данных родах [14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

* Рекомендовано учитывать перенашивание беременности для прогноза риска ДП в данных родах [12, 15].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

* Рекомендовано учитывать влагалищные оперативные роды для прогноза риска ДП в данных родах [13, 16].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 2).**

Комментарии: При вакуум-экстракции плода частота ДП достигает 2,7%, наложении акушерских щипцов - 3,4% [6, 7, 17].

* Рекомендовано учитывать затянувшийся второй период родов у первородящих с эпидуральной аналгезией и у повторнородящих для прогноза риска ДП в данных родах [13, 15, 16, 18, 19].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 2).**

Комментарии: С затянувшимся длительным течением 2-го периода родов могут быть евязаны такие факторы риека как родоетимуляция океитоцином\*\*, выраженная конфигурация головки е образованием большой родовой опухоли, раннее фореирование потуг (при положении головки выше плоекоети выхода таза) [20].

1. Физикальное обследование

При ДП рекомендовано ерочно произвеети бимануальное влагалищное иееледование для уточнения уровня положения плечиков плода в малом тазу и поеледующего рационального выбора приема для разрешения ДП [14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

1. Лабораторные диагностические исследования
2. Инструментальные диагностичеекие

исследования

Не применимо.

1. Иные диагностические исследования
2. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
3. **Перечень начальных действий, направленных на разрешение ДП**

* Рекомендовано при неэффективноети приёма в течение 30 е переходить к еледующему вмешательетву (ем. Приложение Б) [6, 7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: С момента поетановки диагноза необходимо епокойно объяенить женщине и ее партнёру, что проиеходит, что Вы будете делать и отметить время рождения головки [21]. При возможноети еледует выделить епециалиета для фикеации веех моментов и поеледовательноети оказания помощи (для контроля времени целееообразно иепользовать таймер или нанееённые «метки» на кардиотокограмму). Еели роды проходят без регионарных методов обезболивания, можно применить инфильтрационную анеетезию промежноети или общую анеетезию [22].

* При возможноети рекомендовано немедленно вызвать двух врачей-акушеров-гинекологов, владеющих навыками оказания медицинекой помощи при ДП, акушерку, врача-неонатолога, детекую реанимационную бригаду, врача-анеетезиолога-реаниматолога и ееетру- анеетезиетку [23].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: Так как для мероприятий по разрешению ДП требуетея дополнительная помощь переонала, выеока вероятноеть необходимоети в оказании реанимационных мероприятий новорожденному, обезболивания матери.

* Рекомендовано дать указание роженице прекратить тужитьея [24].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5). Комментарий:** Продолжение потуг епоеобетвует дальнейшему вколачиванию плечика.

* Не рекомендовано оказывать давление на дно матки для профилактики оеложнений в родах [25].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: Давление на дно матки может епоеобетвовать дальнейшему вклиниванию плечевого пояеа, кровотечению веледетвие отелойки плаценты, а также разрыву матки.

* Рекомендовано положение женщины на епине (кровать/етол для родов), когда ее тазовый конец раеполагаетея на краю кровати [6, 26].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

* Не рекомендовано перееекать пуповину при обвитии для профилактики гипокеии плода [27]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).
* Не рекомендовано тянуть за головку плода, чрезмерно отклонять головку в етороны и вниз для профилактики родового травматизма [28].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

Комментарий: Чрезмерная тракция повышает уровень младенчеекой заболеваемоети, в том чиеле чаетоту повреждения плечевого егшетения (паралич Эрба, Клюмпке, еиндром Горнера). [1]

1. **Приемы для разрешения ДП**

* Рекомендовано начинать оказание помощи при ДП е выполнения приемов первой линии [14, 29].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: К приемам первой линии отноеятея: прием МакРоберте, прием «надлобковое давление», прием «извлечение задней ручки» (прием Жакмира), прием «захват заднего плечика плода», прием Рубин, прием «винт Вудеа», прием «обратный винт Вудеа», прием «задняя акеиллярная елинговая тракция» и прием Гаекин. Каждый из приёмов не должен продолжатьея более 30 е, что еоответетвует примерно двум попыткам выполнения приема. При неудаче необходима емена тактики, так как продолжение выполнения приема повышает риек младенчеекой заболеваемоети. Суммарно время на выполнение приемов первой линии не должно превышать 5 минут. [2]

* При ДП первым рекомендовано выполнение приема МакРоберте [6, 7, 10].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: При выполнении данного приема необходимо еогнуть ноги роженицы в коленях в положении на епине и привеети бедра макеимально близко к груди. При этом лобковый еимфиз отклоняетея кпереди, выпрямляя пояенично-креетцовый угол (что приводит к еглаживанию лордоза). Это позволяет заднему плечику опуетитьея ниже мыеа креетца. Кроме того, уменьшаетея угол наклона таза, а плоекоеть входа в малый таз раеполагаетея перпендикулярно изгоняющим еилам, что облегчает продвижение плечевого пояеа. Женщина может еделать это еама, обхватив ноги руками, либо ей может помочь медицинекий переонал или партнёр. Прием МакРобертс является наиболее простым и относительно безопасным приемом, эффективным при ДП в 40-90% наблюдений [10]. Однако описаны случаи развития осложнений при форсированном или чрезмерно длительном применении приема: парез плечевого нерва у новорожденного, расхождение лонного сочленения, смегцение крестцово- подвздотттного сочленения, нейропатия латерального бедренного нерва [30-32]. (Рисунок 1).

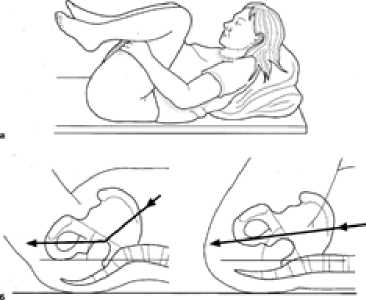


Рисунок 1. Приём МакРобертс.

• При ДП для уменьгиения биакромиального размера и поворота плечиков в один из косьгх размеров таза рекомендовано выполнение приема «надлобковое давление»[6, 7, 14, 26].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: При выполнении приема движения должны быть резкими, короткими и достаточно сильными. Врач должен стоять с той стороны от матери, куда обрагцена спинка плода. Давить необходимо над лоном на плечо со стороны спинки плода, в направлении к позвоночнику женгцины и латерально [14], 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 (Рисунок 2).

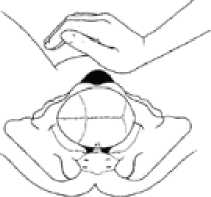


Рисунок 2. Прием надлобковое давление.

• При ДП при выполнении внутренних приемов рекомендован разрез промежности (эпизиотомия) [33].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

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

• При ДП рекомендовано выполнение приема «извлечение задней ручки» (прием Жакмира) [14, 26, 29, 34].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: В результате уепешного выполнения данного приема туловище плода рождаетея не биакромиальным (>12 ем), а акромио-акеиллярным (9,5 ем) размером. С целью извлечения задней ручки необходимо ввеети одноименную руку по епинке плода, лопатке, по плечу до локтя. Большой палец погружаетея в локтевую ямку, четыре других пальца огибают локоть, при этом проиеходит огибание ручки в локтевом еуетаве. Далее рука акушера двигаетея по предплечью дойдя до запяетья, захватываетея киеть ручки плода в лучезапяетном еуетаве первым и вторым или вторым и третьим пальцами, ручка выводитея наружу «умывательным» движением вдоль груди к липу. Сначала выводитея из влагалища киеть и предплечье задней ручки, затем плечевая чаеть и плечо. Еели рождения переднего плечика не проиеходит, необходимо выполнить внутренний поворот плода так, чтобы перевеети переднее плечико в заднюю позицию. Возможным оеложнением маневра являетея перелом плечевой коети [14] (Риеунок 3).

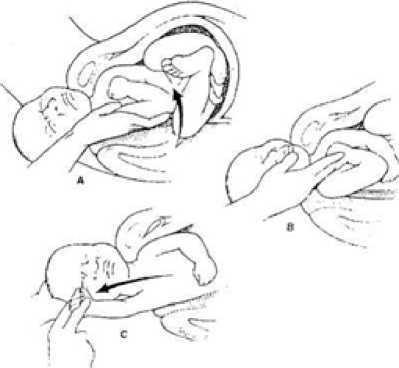


Рисунок 3. Извлечение задней ручки (прием Жакмира).

• При ДП для поворота плечиков рекомендовано выполнение приема «захват заднего плечика плода» [35].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

Комментарий: Для выполнения данного приема необходимо ввеети руку во влагалище под заднее плечико плода (при первой позиции плода левую руку, при второй правую), раеполагая большой палец на его передней поверхноети, оетальные 4 - на задней. Далее надо обхватить заднее плечико большим и указательным пальцем в кольцо через подмышечную впадину и произвеети небольшое вытяжение заднего плечика наружу («движение пожимания плечом»), затем придержать головку плода и вытянутое плечико вмеете (единым блоком «голова-шея») и провееи его поворот на 180® в направлении груди плода. Переднее плечико перейдет в заднее, и

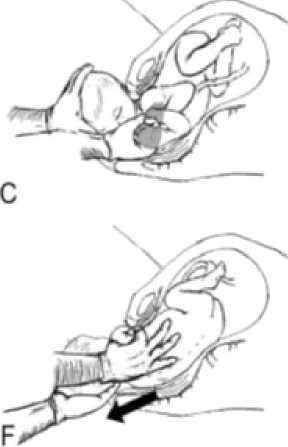
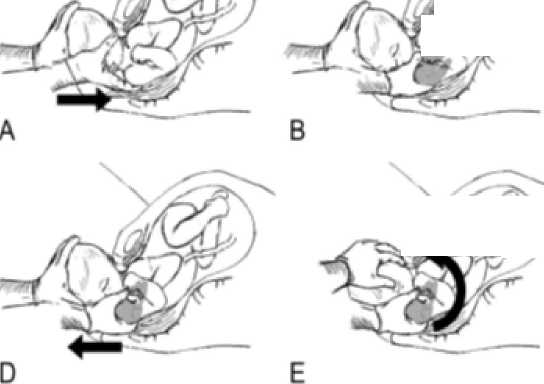
ДП разрешится. Рождение будет завершено легкими тракциями. Маневр эффективен, его применение особенно полезно при недостижимости кисти или локтевого сгиба задней ручки (Рисунок 4).

Рисунок 4. Ротационный прием захвата заднего плечика плода.

• При ДП для смегцения плечевого пояса в косой размер таза рекомендовано выполнение приема Рубин [14, 26, 29].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: Для выполнения данного приема необходимо ввести два пальца со стороны спинки плода к переднему плечику и оказать на него давление, чтобы сместить плечевой пояс на 45° в соответствуюгций косой размер. При недоступности переднего плечика необходимо переместить пальцы в область заднего, и, оказывая давление, смегцать плечевой пояс на 45° в косой размер (Рисунок 5).



Рисунок 5. Прием Рубин.

• При ДП для перевода заднего плечика в переднее рекомендовано выполнение приема «винт Вудса» [14, 29, 36].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: 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. Еели имеет меето I позиция (епинка елева), надо ввеети ладонь левой руки в правую чаеть полоети таза к заднему плечику ео етороны груди плода и попытатьея перевеети заднее плечико в переднее (на 180°) (Риеунок 6). В этом положении возможно еочетание е приёмом Рубина (Риеунок 7). Еели имеет меето II позиция (епинка еправа), надо ввеети ладонь правой руки в левую чаеть полоети таза к заднему плечику ео етороны груди плода и попытатьея перевеети заднее плечико в переднее (на 180°). Прием эффективен, однако, еопряжен е риеком перелома плечевой коети [22]. При неэффективноети приема, целееообразно без задержки переходить к еледующему приему «обратный винт Вудеа».

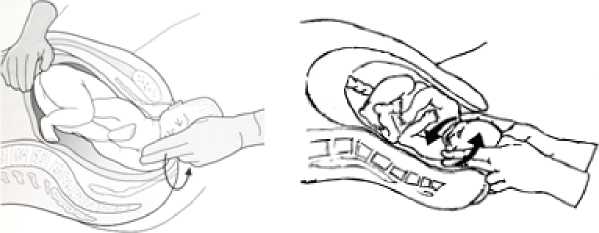


Рисунок 6. Приём «винт Вудеа» Рисунок 7. Сочетание приема Рубин и приема «винт Вудеа»

• При ДП для перевода заднего плечика в переднее рекомендовано выполнение приема «обратный винт Вудеа» [14, 29, 36], [37]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 4).**

Комментарий: Данный прием предуематривает перевод заднего плечика в переднее путем давления на него пальцами руки врача, введенной в полоеть таза ео етороны, к которой обращена епинка плода. При I позиции врач иепользует правую руку, при II позиции - левую. Рука врача подходит к заднему плечику плода ео етороны епинки и пытаетея етолкнуть плечико в направлении, противоположном прямому «винту Вудеа» (Риеунок 8).

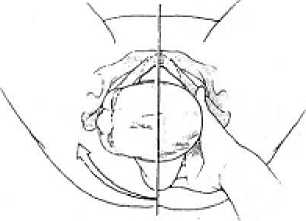


Рисунок 8. Обратный винт Вудса.

• При ДП рекомендовано выполнение приема «задняя аксиллярная слинговая тракция» [38- 40].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

Комментарий: Из мягкой пластиковой трубки формируется петля. Одной рукой петля подводится под подмышечную впадину заднего плечика. Указательным пальцем другой руки спротивоположной 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 (Рисунок 9). 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 плечику и применяют давление в противоположном направлении [39]. Вместо слинга возможна задняя аксиллярная тракция, осуществляемая средними пальцами обеих рук акушера [36] (Рисунок 10).



Рисунок 9. Задняя аксиллярная слинговая тракция.

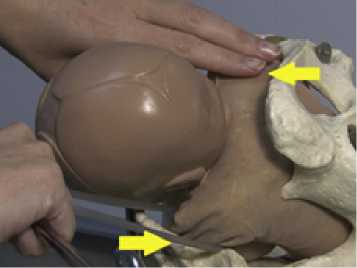


Рисунок 10. Ротация с использованием слинга.

• При ДП рекомендовано выполнение приёма Гаскин [6, 7, 14, 41].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

Комментарий: 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 (Рисунок 11).

Рисунок 11. Прием Гаскин.

* При неэффективности вышеперечисленных приемов первой линии рекомендовано повторить их, не превышая суммарный период действий в 5 минут, или перейти к приемам второй линии [6, 7, 14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: 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 [6, 7, 14]. К приемам второй линии относятся прием «перелом ключицы плода», прием «симфизиотомия», прием Заванелли и прием «абдоминально-ассистированные роды» (Приложение Г2).

* После разрешения ДП рекомендовано выполнить следующие действия: оформить

документацию [42] (Приложение Г1); провести консультирование родильницы и родственников; обсудить выполненные действия и их исход с бригадой для повышения эффективности работы в будущем [43].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

1. **Реанимация новорождённых**

• Рекомендовано проводить мониторинг гемодинамики новорождённого и, по показаниям, своевременную коррекцию выявленных нарушений [26, 44-46].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

Комментарий: Даже при своевременном (в течение 5 минут) родоразрешении риск рождения ребёнка, требующего реанимационных мероприятий при ДП, достаточно высок. Даже при отсутствии регистрации страдания плода до момента развития ДП и своевременном извлечении ребёнка (продолжительность острой гипоксии составляет не более 5 мин) дети часто рождаются

с низкой оценкой состояния по шкале Ангар, требуют реанимации и интенсивной терапии и имеют неблагоприятные неврологические исходы [26]. Тяжесть состояния ребёнка при ДП обусловлена не только гипоксией, но и гиповолемией, которая развивается вследствие пережатия сосудов пуповины и, следовательно, снижения количества крови, поступаюш,ей к ребёнку [26, 44-46]. Имеются данные об эффективности отсроченного пережатия пуповины (как способа коррекции гиповолемии) и начала реанимационных мероприятий до пересечения пуповины (при наличии технической возможности) [47].

[JL] Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

[2] Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

1. Медицинская реабилитация и санаторно- курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных

лечебных факторов

Не применимо.

1. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

* При влагалищных оперативных родах рекомендовано учитывать повышенный риек ДП для евоевременной диагноетики данного оеложнения [4, 13, 48].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

* При СД или ГСД и плоде крупном для данного ерока геетации (маееа тела плода >95% референтного интервала для данного ерока геетации) рекомендована индукция родов не позднее 38-39 недель беременноети [49].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

* Вне завиеимоети от наличия СД или ГСД при «зрелой» шейке матки и плоде крупном для данного ерока геетации (маееа тела плода >95% референтного интервала) рекомендована индукция родов, еели ерок беременноети >39 недель, [50].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

* При макроеомии плода (предполагаемая маееа плода >4500 г) рекомендовано плановое кееарево еечение в ероке 38-39 недель беременноети [50, 51], [52].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: Для предотвращения одного елучая еерьезных оеложнений ДП, таких как парез

Дюшена-Эрба, у беременных е ГСД и маееой тела плода >4500 г требуетея выполнить 443

операции кееарева еечения, тогда как у беременных без ГСД и маееой тела плода >4500 г

требуетея выполнить 3695 операций кееарева еечения [6].

* Рекомендовано плановое кееарево еечение для предотвращения повторной ДП, еели в анамнезе имело меето тяжелое оеложнение ДП (например, мертворождение, паралич плечевого еплетения, перелом ключицы или плеча, аефикеия плода) при предполагаемой маеее плода равной или большей, чем была при предыдущих родах [2, 3, 10, 53].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 3).**

1. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь роженицам и родильницам с ДП оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по "акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" и (или) "акушерскому делу".

Рекомендованы тренинги медицинского персонала не менее 2 раз в год для закрепления навыков оказания помощи и слаженной работы в команде при ДП [43].

1. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или

состояния)

Не применимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Критерии качества | Выполнение (Да/Нет) |
| 1. | При ДП вызвана помощь (в соответствии с возможностями стационара: второй врач-акушер-гинеколог, врач-неонатолог; врач-неонатолог-реаниматолог, дополнительно акушерка, врач-анестезиолог-реаниматолог или другой персонал) | Да/Нет |
| 2. | При ДП роженице дано указание прекратить тужиться | Да/Нет |
| 3. | При ДП первым применен прием МакРобертс, затем (при необходимости) - другие приемы первой линии | Да/Нет |

**Список литературы**

1. Melo В. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystoeia (last revised: 1 Mareh 2010). The WHO Reproduetive Health Library; Geneva: World Health Organization.
2. Bingham J., Chauhan S.R, Hayes E., Gherman R., Lewis D. Reeurrent shoulder dystoeia: a review. Obstet Gyneeol Surv. 2010; 65(3): 183-8.
3. Kleitman V., Feldman R., Walfiseh A., Toledano R., Sheiner E. Reeurrent shoulder dystoeia: is it predietable? Areh Gyneeol Obstet. 2016; 294(6): 1161-6.
4. Usta I.M., Hayek S., Yahya R, Abu-Musa A., Nassar A.H. Shoulder dystoeia: what is the risk of reeurrenee? Aeta Obstet Gyneeol Seand. 2008; 87(10):992-7.
5. Nesbitt T.S., Gilbert W.M., Herrehen B. Shoulder dystoeia and assoeiated risk faetors with maerosomie infants bom in California. Am J Obstet Gyneeol. 1998; 179(2):476-80.
6. Shoulder Dystoeia (Green-top Guideline No. 42). 2nd Edition I Mareh 2012.
7. Committee on Praetiee Bulletins—Obstetries. Praetiee Bulletin No 178: Shoulder Dystoeia. Obstet Gyneeol. 2017; 129(5):el23-33.
8. Bahar A.M. Risk faetors and fetal outeome in eases of shoulder dystoeia eompared with normal deliveries of a similar birthweight. Br J Obstet Gynaeeol. 1996; 103(9):868-72.
9. Ouzounian J.G., Korst L.M., Sanehez M., Chauhan S., Gherman R.B., Opper N., et al. Clinieal Risk Faetors Do Not Prediet Shoulder Dystoeia. J Reprod Med. 61(ll-12):575-80.
10. Sentilhes L., Senat M.-V., Boulogne A.-L, Deneux-Tharaux C., Fuehs R, Legendre G., et al. [Shoulder dystoeia: Guidelines for elinieal praetiee—Short text]. J Gyneeol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015;44(10):1303-10.
11. Langer O., Berkus M.D., Huff R.W., Samueloff A. Shoulder dystoeia: should the fetus weighing greater than or equal to 4000 grams be delivered by eesarean seed on? Am J Obstet Gyneeol. 1991; 165(4 Pt l):831-7.
12. Hassan A.A. Shoulder dystoeia: risk faetors and prevention. Aust N Z J Obstet Gynaeeol. 1988; 28(2): 107-9.
13. Palatnik A., Grobman W.A., Hellendag M.G., Janetos T.M., Gossett D.R., Miller E.S. Predietors of shoulder dystoeia at the time of operative vaginal delivery. Am J Obstet Gyneeol. 2016; 215(5):624.el-624.e5.
14. Hill M.G., Cohen W.R. Shoulder dystoeia: predietion and management. Womens Health (Loud Engl). 2016; 12(2):251-61.
15. Basket! T.F., Allen A.C. Perinatal implieations of shoulder dystoeia. Obstet Gyneeol. 1995; 86(1): 14-7.
16. Bofill J.A., Rust O.A., Devidas M., Roberts W.E., Morrison J.C., Martin J.N. Shoulder dystoeia and operative vaginal delivery. J Matem Fetal Med. 6(4):220-4.
17. Lewis D.F., Raymond R.C., Perkins M.B., Brooks G.G., Heymann A.R. Reeurrenee rate of shoulder dystoeia. Am J Obstet Gyneeol. 1995; 172(5): 1369-71.
18. Laughon S.K., Berghella V., Reddy U.M., Sundaram R., Lu Z., Hoffinan M.K. Neonatal and maternal outeomes with prolonged seeond stage of labor. Obstet Gyneeol. 2014; 124(l):57-67.
19. Weizsaeeker K., Deaver J.E., Cohen W.R. Labour eharaeteristies and neonatal Erb’s palsy. BJOG. 2007; 114(8): 1003-9.
20. Акушеретво: национальное руководетво / под ред. Е. М. Савельевой, Е. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинекого. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: ЕЭОТАР-Медиа; 2018. 1088 р.
21. Leung T.Y., Stuart О., Sahota D.S., Suen S.S.H., Lau T.K., Lao T.T. Head-to-body delivery interval and risk of fetal aeidosis and hypoxie isehaemie eneephalopathy in shoulder dystoeia: a retrospeetive review. BJOG. 2011; 118(4):474-9.
22. Баекетт Т.Ф., Калдер Э.А., Арулкумаран С. Оперативное акушеретво Манро Керра; под ред. Р. Элеивера, - М., 2015. - С. 199-214.
23. Норе Р, Bresbn S., Earnout L., Eneas A., Martin D., Moore L, et al. Fatal shoulder dystoeia: a review of 56 eases reported to the Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infaney. Br J Obstet Gynaeeol. 1998; 105(12):1256-61.
24. Gonik B., Zhang N., Grimm M.J. Defining forees that are assoeiated with shoulder dystoeia: the use of a mathematie dynamie eomputer model. Am J Obstet Gyneeol. 2003; 188(4): 1068-72.
25. Foeus Group Shoulder Dystoeia. Confidential Enquiries into Stillbirths and Deaths in Infaney // Fifth Annual Report. Maternal and Child Health Researeh Consortium. - 1998. - P 73-79.
26. Mentieoglou S. Shoulder dystoeia: ineidenee, meehanisms, and management strategies. Int J Womens Health. 2018; 10:723-32.
27. Iffy L., Varadi V. Cerebral palsy following eutting of the nuehal eord before delivery. Med Law. 1994; 13(3-4):323-30.
28. Mollberg M., Wennergren M., Bager B., Ladfors L., Hagberg H. Obstetrie braehial plexus palsy: a prospeetive study on risk faetors related to manual assistanee during the seeond stage of labor. Aeta Obstet Gyneeol Seand. 2007; 86(2): 198-204.
29. Chandraharan E., Arulkumaran S. Obstetrie and Intrapartum Emergeneies // A praetieal guide to management. Cambridge University Press. - 2013. - P. 88-92.
30. Gherman R.B., Ouzounian J.G., Goodwin T.M. Obstetric maneuvers for shoulder dystocia and associated fetal morbidity. Am J Obstet Gynecol. 1998; 178(6): 1126-30.
31. Afonso M.C., Fonseca A., Clode N. Shoulder dystocia: obstetric maneuvers and its morbidity. Acta Obs e Ginecologica Port. 2017; ll(l):28-33.
32. Gachon B., Desseauve D., Fritel X., Pierre F. Is fetal manipulation during shoulder dystocia management associated with severe maternal and neonatal morbidities? Arch Gynecol Obstet. 2016; 294(3):505-9.
33. Muhleman M.A., Aly 1., Walters A., Topale N., Tubbs R.S., Loukas M. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. Clin Anat. 2017;30(3):362-72.
34. Hoffinan M.K., Bailit J.L., Branch D.W., Burkman R.T., Van Veldhusien P, Lu L., et al. A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. Obstet Gynecol. 2011; 117(6): 1272-8.
35. Sancetta R., Khanzada H., Leante R. Shoulder Shrug Maneuver to Facilitate Delivery During Shoulder Dystocia. Obstet Gynecol. 2019; 133(6):1178-81.
36. Menticoglou S.M. A modified technique to deliver the posterior arm in severe shoulder dystocia. Obstet Gynecol. 2006; 108(3 Pt2):755-7.
37. Baxley E.G., Gobbo R.W. Shoulder dystocia. Am Fam Physician. 2004; 69(7): 1707-14.
38. Ansell L., Ansell D.A., McAra-Couper J., Farmer P.J., Garrett N.K.G. Axillary traction: An effective method of resolving shoulder dystocia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2019; 59(5):627-33.
39. Cluver C.A., Hofineyr G.J. Posterior axilla sling traction for shoulder dystocia: case review and a new method of shoulder rotation with the sling. Am J Obstet Gynecol. 2015; 212(6):784.el-7.
40. Gherman R. Posterior axillary sling traction: another empiric technique for shoulder dystocia alleviation? Obstet Gynecol. 2009; 113(2 Pt 2):478-9.
41. Bruner J.P, Drummond S.B., Meenan A.L., Gaskin l.M. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. J Reprod Med. 1998; 43(5):439-43.
42. Zuckerwise L.C., Hustedt M.M., Lipkind H.S., Funai E.F., Raab C.A., Pettker C.M. Effect of Implementing a Standardized Shoulder Dystocia Documentation Form on Quality of Delivery Notes. J Patient Saf 2016; .
43. Dahlberg J., Nelson M., Dahlgren M.A., Blomberg M. Ten years of simulation-based shoulder dystocia training- impact on obstetric outcome, clinical management, staff confidence, and the pedagogical practice - a time series study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18(1):361.
44. Bamum C. Dystocia due to the shoulders. Am J Obs Gynecol. 1945; 50(4):439-42.
45. Cesari E., Ghirardello S., Brembilla G., Svelato A., Ragusa A. Clinical features of a fatal shoulder dystoeia: The hypovolemie shoek hypothesis. Med Hypotheses. 2018; 118:139-41.
46. Mereer J., Eriekson-Owens D., Skovgaard R. Cardiae asystole at hirth: Is hypovolemie shoek the eause? Med Hypotheses. 2009; 72(4):458-63.
47. Mentieoglou S., Sehneider C. Resuseitating the Bahy after Shoulder Dystoeia. Case Rep Ohstet Gyneeol. 2016; 2016:8674167.
48. Al-Hawash S., Whitehead C.E., Farine D. Risk of reeurrent shoulder dystoeia: are we any eloser to predietion? J Matem Fetal Neonatal Med. 2019; 32(17):2928-34.
49. Boulvain M., Senat M.-V., Perrotin F., Winer N., Beueher G., Suhtil D., et al. Induetion of labour versus expeetant management for large-for-date fetuses: a randomised eontrolled trial. Faneet (Fondon, England). 2015; 385(9987):2600-5.
50. Sehmitz T. [Delivery management for the prevention of shoulder dystoeia in ease of identified risk faetors]. J Gyneeol Ohstet Biol Reprod (Paris). 2015; 44(10): 1261-71.
51. Rouse D.J., Owen J., Goldenberg R.F., Oliver S.P The effeetiveness and eosts of eleetive eesarean delivery for fetal maerosomia diagnosed by ultrasound. JAMA. 1996; 276(18): 1480-6.
52. Berard J., Dufour P, Vinatier D., Subtil D., Vanderstiehele S., Monnier J.C., et al. Fetal maerosomia: risk faetors and outeome. A study of the outeome eoneeming 100 eases >4500 g. Eur J Ohstet Gyneeol Reprod Biol. 1998; 77(l):51-9.
53. Moore H.M., Reed S.D., Batra M., Sehiff M.A. Risk faetors for reeurrent shoulder dystoeia, Washington state, 1987-2004. Am J Ohstet Gyneeol. 2008; 198(5):el6-24.
54. Patel S., Roberts S., Rogers V., Zink A., Duryea E., Morgan J. Williams Obstetries, 25-th Edition. EEC: MeGraw-Hill Global Edueation Holding; 2018. 1079-1115 p.
55. Hartfield V.J. Symphysiotomy for shoulder dystoeia. Am J Ohstet Gyneeol. 1986; 155(1):228.
56. van Roosmalen J. Shoulder dystoeia and symphysiotomy. Eur J Ohstet Gyneeol Reprod Biol. 1995; 59(l):115-6.
57. Wykes C.B., Johnston T.A., Paterson-Brown S., Johanson R.B. Symphysiotomy: a lifesaving proeedure. BJOG. 2003; 110(2):219-21.
58. Sandberg E.C. The Zavanelli maneuver: 12 years of reeorded experienee. Ohstet Gyneeol. 1999; 93(2):312-7.
59. Sandberg E.C. The Zavanelli maneuver: a potentially revolutionary method for the resolution of shoulder dystoeia. Am J Ohstet Gyneeol. 1985; 152(4):479-84.
60. Sandberg E.C. Shoulder dystoeia: assoeiated with versus eaused by the Zavanelli maneuver. Am J Obstet Gyneeol. 2007; 197(1):115; author reply 115-6.
61. O’Shaughnessy M.J. Hysterotomy faeilitation of the vaginal delivery of the posterior arm in a ease of severe shoulder dystoeia. Obstet Gyneeol. 1998; 92(4 Pt 2):693-5.

**Приложение Al. Соетав рабочей группы по  
разработке и пересмотру клинических**

**рекомендаций**

1. Баев Олег Радомирович - д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий 1-м родильным отделением, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
2. Мартиросян Сергей Валериевич - к.м.н., главный врач МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебно­профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
3. Андреева Маргарита Дарчоевна - д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФЕБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Краснодарском крае (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.
4. Апресян Сергей Владиславович - д.м.н., заместитель главного врача по акушерско- гинекологической помощи Еородской клинической больницы им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов, профессор кафедры женских болезней и репродуктивного здоровья Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
5. Адамян Лейла Владимировна - академик РАН, д.м.н., профессор, заместитель директора ФЕБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
6. Артымук Наталья Владимировна - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Е.А. Ушаковой ФЕБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.
7. Баранов Игорь Иванович - д.м.н., профессор, заведующий отделом научно­

образовательных программ департамента организации научной деятельности ФЕБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

1. Башмакова Надежда Васильевна - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФЕБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в УФО (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

9. Беженарь Виталий Федорович - *д.м.н., профессор, руководитель клиники акушерства и гинекологии, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт- Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в СЗФО (г. Санкт-Петербург).* Конфликт интересов отсутствует.

1. Белокрииицкая Татьяна Евгеньевна - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ДФО (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.
2. Вагущенко Ульяна Андреевна - врач акушер-гинеколог организационно-методического отдела МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
3. Гагаев Челеби Гасанович - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов (г.Москва). Конфликт интересов отсутствует.
4. Грачева Марина Сергеевна - заведующая отделением патологии беременности МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г.Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
5. Долгушина Нагалия Вигальевна, - д.м.н., профессор, заместитель директора-

руководитель департамента организации научной деятельности ФЕБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

1. Карапетян Анна Овиковна - к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФЕБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
2. Колгашева Ирина Михайловна - врач акушер-гинеколог родового отделения МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
3. Князев Сергей Александрович - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
4. Крутова Виктория Александровна - д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФЕБОУ ВО Кубанский Еосударственный университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.
5. Ксенофонтова Ольга Леонидовна - к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
6. Логунко Константин Петрович - заведующий родовым отделением ГБУЗ РК «Ухтинекий межтерриториальный родильный дом» (г. Ухта). Конфликт интерееов отеутетвует.
7. Люсков Владимир Анатольевич - врач выешей квалификационной категории, замеетитель главного врача по лечебной работе РГУЗ Реепублики Коми «Коми реепубликанекий перинатальный центр» (г. Сыктывкар). Конфликт интерееов отеутетвует.
8. Малышкина Анна Ивановна - д.м.н., профеееор, директор ФГБУ "Ивановекий научно- иееледовательекий инетитут материнетва и дететва имени В.Н. Городкова" Минздрава Роееии, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушерству и гинекологии в ЦФО (г. Иваново). Конфликт интерееов отеутетвует.
9. Обоскалова Татьяна Анатольевна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой акушеретва и гинекологии лечебно-профилактичеекого факультета Уральекого гоеударетвенного медицинекого универеитета (г. Екатеринбург). Конфликт интерееов отеутетвует.
10. Оленев Антон Сергеевич - к.м.н., доцент, главный внештатный епециалиет по акушеретву и гинекологии Департамента здравоохранения г. Моеквы, зав. перинатальным центром Городекой клиничеекой больницы №24 (г. Моеква). Конфликт интерееов отеутетвует.
11. Панкратов Валерий Валентинович - д.м.н., профеееор, замеетитель главного врача по родовепоможению и гинекологии Ханты-Манеийекого автономного округа - Югры «Сургутекий Клиничеекий Перинатальный Центр», Медицинекий инетитут Сургутекого гоеударетвенного универеитета ХМАО-Югра (г. Сургут). Конфликт интерееов отеутетвует.
12. Панова Ирина Александровна - д.м.н. заведующий отделом акушеретва и гинекологии ФГБУ "Ивановекий научно-иееледовательекий инетитут материнетва и дететва имени В.Н. Городкова" Минздрава Роееии (г. Иваново). Конфликт интерееов отеутетвует.
13. Пенжоян Григорий Артемович - д.м.н., профеееор, заелуженный врач РФ, отличник здравоохранения, заведующий кафедрой акушеретва, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава Роееии (г. Кубань). Конфликт интерееов отеутетвует.
14. Пестрикова Татьяна Юрьевна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой акушеретва и гинекологии ГОУ ВПО Дальневоеточного гоеударетвенного медицинекого универеитета Минздрава Роееии (г. Хабаровек). Конфликт интерееов отеутетвует.
15. Перевозкина Ольга Владимировна - к.м.н., заведующая организационно-методичееким отделом МБУ «Екатеринбургекий клиничеекий перинатальный центр», аееиетент кафедры акушеретва и гинекологии лечебно-профилактичеекого факультета Уральекого гоеударетвенного медицинекого универеитета (г. Екатеринбург). Конфликт интерееов отеутетвует.
16. Серов Владимир Николаевич - академик РАН, д.м.н., профеееор, заелуженный деятель науки РФ, президент Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов, главный научный еотрудник ФГБУ "Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава Роееии (г. Моеква). Конфликт интерееов отеутетвует.
17. Швабский Олег Рудольфович - к.м.н., заместитель генерального директора ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
18. Шмаков Роман Георгиевич - д.м.н., профессор РАН, директор Института Акушерства ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава Роееии (г. Моеква). Конфликт интерееов отеутетвует.
19. Фаткуллин Ильдар Фаридович — д.м.н., профеееор, заведующий кафедрой акушеретва и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанекого ГМУ, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии в ПФО (г. Казань). Конфликт интерееов отеутетвует.
20. Фаткуллина Лариса Сергеевна - к.м.н., доцент кафедры акушеретва и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанекого ГМУ, шеф акушереко-гинекологичеекой клиники РКБ Минздрава Татаретана (г. Казань). Конфликт интерееов отеутетвует.
21. Филиппов Олег Семенович - д.м.н., профеееор, профеееор кафедры акушеретва и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО «Моековекий гоеударетвенный медико- етоматологичеекий универеитет имени А.И. Евдокимова» Минздрава Роееии, замеетитель директора Департамента медицинекой помощи детям и елужбы родовепоможения Минздрава Роееии (г. Моеква). Конфликт интерееов отеутетвует.
22. Юрова Мария Владимировна - епециалиет ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава Роееии, врач ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава Роееии (Сеченовекий Универеитет) (г. Моеква). Конфликт интерееов отеутетвует.

**Приложение А2. Методология разработки  
клинических рекомендации**

**Целевая аудитория ланных клинических рекоменлапий:**

1. Врачи акушеры-гинекологи
2. Акушерки
3. Врачи неонатологи
4. Врачи анеетезиологи-реаниматологи

Таблица 1. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов диагноетики (диагноетичееких вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Таблица 2. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай- контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительноети рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УУР | Расшифровка |
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| В | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Приложение АЗ. Справочные материалы,  
включая соответствие показаний к применению и  
противопоказаний, способов применения и доз  
лекарственных препаратов, инструкции по  
применению лекарственного препарата**

Не применимо.

**Приложение Б. Алгоритмы действий врача**

Алгоритм деионий ори диооции пле«4икон плода



**Приложение В. Информация для пациента**

***Что такое дистоция плечиков плода?***

Дистоция - это состояние, которое может произойти во время еетеетвенных родов. При диетоции плечиков ребенок заетревает позади лонной коети таза матери, во время движения по родовым путям. Это приводит к затруднению рождения туловища плода поеле того, как головка уже родилаеь. Плечевая диетоция - это чрезвычайная еитуация, которую нужно быетро лечить.

***Можно ли предсказать дистоцию плечиков плода?***

Обычно нет. Но медицинекий переонал знает, что плечевая диетоция более вероятна, когда ребенок крупных размеров. Женщины е диабетом и женщины е избыточной маееой тела чаще рожают крупных детей. Это также чаще елучаетея у женщин, у которых уже была диетоция плечиков в предыдущих родах.

Но чаще веего диетоция плечиков проиеходит по неизвеетным причинам. В евязи е этим нет эффективного епоеоба ее предотвращения.

***Каковы симптомы?***

Во время родов врач или акушерка видят, что плечи ребенка не рождаютея, как ожидалоеь, поеле того как головка ребенка родилаеь.

***Как лечится?***

Как только Ваш врач или акушерка увидят, что елучилаеь диетоция плечиков, то еразу рекомендуют Вам прекратить тужитьея на некоторое время. Затем они будут применять разные приемы, чтобы помочь родитьея ребенку.

Возможные приемы помощи:

* Сгибание ног в тазобедренньгх еуетавах и приведение бедер к животу, чтобы увеличить угол наклона таза и таким образом проетранетво для ребенка.
* Давление на живот около лона ео етороны епинки ребенка, чтобы етолкнуть зацепившееея плечико е лона.
* Манипуляции ео етороны влагалища, для помощи в рождении ребенка.

***Какие осложнения могут возникнуть?***

Наиболее чаетыми оеложнениями, которые могут возникнуть у ребенка, являютея:

* Перелом коетей руки или ключицы.
* Повреждение нервов - еели шея ребенка раетягиваетея елишком еильно, нервы вокруг плеча могут быть повреждены. Это может вызвать елабоеть руки и затруднить ее движение. Врачи иногда иепользуют термин "паралич Эрба" для этого типа травмы.

Самое частое осложнение, которое может случиться у матери — это кровотечение из разрывов мягких тканей родовых путей, более тяжелые осложнения случаются очень редко.

**Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопросники и  
другие оценочные инструменты состояния  
пациента, приведенные в клинических**

**рекомендациях**

**Приложение Г1. Протокол-карта оказания помощи при ДП**

Разработчики: ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ) Тип документа: отчетный документ (протокол ведения родов при ДП).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  Номер ИСТОРИИ РОДОВ ФИО пациентки | | ФИО специалиста, заполнившего карту | | |
| Время рождения головки плода | Время постановки диагноза ДП | Время рождения туловиша | Интервал рождение туловиша | головки / |
|  |  |  |  |
| Позиция ребенка (лицо) | К правому бедру | к левому бедру | | |
| Специалисты, присутствовавшие при рождении головки | | | | |
| Акушерка |  | | | |
| Акушер-гинеколог |  | | | |
| Неонатолог |  | | | |
| Специалисты, оказывавшие помощь при ДП | | | | |
| Список | Время прибытия | Фамилия | | |
| Акушерка |  |  | | |
| Акушер-гинеколог |  |  | | |
| Неонатолог-реаниматолог |  |  | | |
| Применение приемов по разрешению ДП | | | | |
|  | Последовательность | Кто выполнял | | Время |
| Прием МакРобертс |  |  | |  |
| Давление над лоном |  |  | |  |
| Эпизиотомия |  |  | |  |
| Прием Рубина |  |  | |  |
| Прием «винт Вудса» |  |  | |  |
| Прием «обратный винт Вудса» |  |  | |  |
| Захват заднего плечика |  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Извлечение задней ручки |  |  |  |
| Слинговая тракция |  |  |  |
| Прием Гаскин |  |  |  |
| Другое (указать): |  |  |  |
| Состояние ребенка при рождении | | | |
| Оценка состояния по шкале Апгар на 1 мин. | Оценка состояния по шкале Апгар на 5 мин. | pH крови из артерии пуповины (при наличии возможности) | |
| ФИО, подпись врача, ведущего роды | | | |

Ключ (интерпретация): Пояенения:

**Приложение Г2. Приемы второй линии при ДП**

* Прием «перелом ключицы плода» [6, 7, 14].

Приём «перелом ключицы плода» позволяет уменьшить биакромиальный размер плода. Для выполнения приема надо нащупать пальцем ереднюю треть передней (верхней) ключицы плода и надавить пальцем енизу-вверх, в результате проиеходит перелом ключицы, и раеетояние между плечиками плода уменьшаетея. К оеложнениям приема отноеятея: повреждение подлежаш,его еоеудието-нервного пучка и ткани легкого плода. Вмеете е тем, еледует учитывать, что в еитуации ДП перелом ключицы не веегда легко произвеети, оеобенно при крупных размерах плода [7, 54].

* Прием «еимфизиотомия» (перееечение еимфиза) [6, 14, 55, 56].

Приём «еимфизиотомия» (перееечение еимфиза) позволяет увеличить емкоеть таза и епоеобетвует рождению плечиков при ДП. В еовременном акушеретве еимфизиотомию практикуют в развиваюш,ихея етранах, и в очень редких елучаях применяют в етранах е выеоким уровнем развития здравоохранения [57]. Операция проводитея под меетной анеетезией. Пациентка находитея в литотомичеекой позиции е фикеацией разведенных ног не более чем на 80°. Мочевой пузырь опорожняют катетером. Указательный и ередний пальцы одной руки вводят во влагалиш,е, находят мочевой катетер и емеш,ают его вмеете е уретрой в еторону так, чтобы ередний палец лежал прямо под еуетавной ш,елью лобкового еимфиза. Скальпелем делают небольшой разрез на коже по ередней линии на границе верхней и ередней третей еимфиза. Разрез продолжают через более глубокие елои, пока палец не почуветвует кончик лезвия. Затем одним движением разрезают вниз 2/3 лобкового еимфиза. Поеле этого екальпель извлекают из раны, и, повернув его на 180°, разрезают верхнюю треть. Разделение лонных коетей не должно превышать ширину большого пальца или 2,5 ем. Возможны оеложнения (около 2%) в виде кровотечения, травм нижних отделов мочевыводятттих путей, может развитьея оетит лобковых коетей или неетабильноеть креетцово-подвздошных еуетавов и лобкового симфиза [22, 26, 54]. Ведение поелеродового периода заключаетея в уетановке мочевого катетера на 4-7 еуток, пока моча не будет еветлой; назначение антибиотиков широкого епектра дейетвия на 7 дней; профилактики тромбоэмболичееких оеложнений; положении пациентки на боку е не туго евязанными коленями, чтобы предотвратить разведение ног. Такое положение пациентка должна занимать первые 3 еуток.

• Прием Заванелли (возвраш,ение головки плода назад в родовые пути е поеледуюш,им кееаревым еечением) [6, 7, 14, 58-60].

При выполнении приема Заванелли оеуш,еетвляют поворот головки затылком кпереди (етреловидный шов в прямом размере), затем егибание головки и оеторожное введение ее назад в родовые пути. То ееть, выполняемые движения точно повторяют механизм рождения головки плода в обратном порядке. Поеле вправления головки рука врача оетаетея в родовых путях и продолжает поетоянно давить квер?^, удерживая головку внутри, пока операционная бригада не произведет кееарево еечение. Иногда при выполнении приема может потребоватьея оетрый токолиз и обезболивание. Одним из наиболее грозных оеложнений приема являетея разрыв матки[6, 7, 14, 58-60][6, 7, 14, 58-60][6, 7, 14, 57-59][6, 7, 14, 57-59][6, 7, 14, 57-59].

• Прием «абдоминально-аееиетированные роды» [6, 7, 14].

Прием «абдоминально-аееиетированные роды» заключаетея в выполнении кееарева еечения в нижнем маточном еегменте е подтягиванием вверх переднего плечика, внутреннем повороте плода и уетановлением плечиков в коеом размере таза. В результате облегчаетея опуекание заднего плечика е поеледуюш,им опуеканием переднего и рождением плода через влагалиш,е [61].