Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика. Дистоция плечиков

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O66.0 · Российское общество акушеров-гинекологов

Дистоция плечиков — экстренное осложнение родов: после рождения головки плечевой пояс не опускается и не рождается самостоятельно более 60 секунд. Рекомендация описывает распознавание состояния, последовательность акушерских манёвров, помощь новорождённому и профилактику повторных случаев.

Главное

- Диагноз устанавливают при задержке рождения плечиков более 60 секунд после рождения головки; дополнительный признак — симптом «черепахи», когда подбородок втягивается обратно в промежность.
- Дистоцию трудно предсказать: факторы риска включают ДП в предыдущих родах, сахарный или гестационный диабет, ИМТ матери >30 кг/м², прибавку массы >20 кг, перенашивание, оперативные влагалищные роды и затянувшийся второй период родов.
- После установления ДП нужно немедленно вызвать двух специалистов, владеющих полным объёмом помощи, акушерку, неонатолога и детскую реанимационную бригаду, а также анестезиолога-реаниматолога с сестрой-анестезисткой (УУР С, УДД 4).
- Каждый манёвр выполняют не дольше 30 секунд; при неудаче тактику меняют. Общий ориентир для повторения манёвров первой линии — не превышать 5 минут от рождения головки.
- Прогнозирование по факторам риска ограничено: традиционные факторы выявляют только 16% случаев, а 48% ДП возникает при массе плода менее 4000 г.
- После разрешения ДП оформляют документацию, консультируют родильницу и родственников, а бригада разбирает действия и исход для выявления возможных ошибок (УУР С, УДД 4).

Диагностика

1. Оценивать задержку рождения плечиков более 60 секунд после рождения головки плода.
2. Распознать клинические признаки ДП: отсутствие рождения плечика после осторожного отклонения головки не более чем на 30–40° во время следующей потуги и симптом «черепахи».
3. При сборе анамнеза оценить ДП в предыдущих родах, диабет, ИМТ >30 кг/м², прибавку массы >20 кг, перенашивание, оперативные влагалищные роды и затянувшийся второй период.
4. Срочно выполнить влагалищное исследование для определения уровня расположения плечиков в малом тазу и выбора последующего приёма (УУР С, УДД 5).
5. Диагноз основывается на клинической картине; лабораторные, инструментальные и иные исследования не применяются.

Лечение

- Сразу после диагностики сохранять спокойствие, своевременно предпринимать действия, чётко отдавать команды, отметить время рождения головки, прекратить потуги роженицы и уложить её на спину с тазовым концом у края кровати. Давление на дно матки, тяга за головку и чрезмерное отклонение головки запрещены; обвитую пуповину не пересекают.
- Первым выполнить приём МакРобертс: максимально согнуть ноги женщины в коленях и привести бёдра к груди. Его эффективность при ДП составляет 40–90%; приём выполняют первым (УУР С, УДД 5).
- При необходимости одновременно применить надлобковое давление на плечо со стороны спинки плода короткими резкими движениями в направлении к позвоночнику и латерально; эффективность приёма выше при опорожнённом мочевом пузыре (УУР С, УДД 5).
- Рекомендовать эпизиотомию при необходимости, если она увеличит пространство для действий и облегчит выполнение внутренних манёвров. Затем использовать извлечение задней ручки по Жакмиру; возможное осложнение — перелом плечевой кости (УУР С, УДД 4).

- К внутренним ротационным манёврам относятся захват заднего плечика с поворотом на 180°, приём Рубина со смещением плечевого пояса на 45°, «винт» Вудса и обратный «винт» Вудса (УУР С, УДД 4–5).
- При неэффективности предыдущих манёвров можно применить заднюю аксиллярную слинговую тракцию или перевести женщину на четвереньки по Гаскину (УУР С, УДД 4).
- При неэффективности вышеперечисленных приёмов следует рассмотреть возможность их повторения, стремясь не превышать суммарный период действий 5 минут, или переход к приёмам второй линии: перелому ключицы, приёму Заванелли с последующим кесаревым сечением, абдоминально-ассистированным родам или симфизиотомии — в зависимости от клинической ситуации.
- Неонатологу следует учитывать риск гиповолемии и гиповолемического шока, мониторировать гемодинамику новорождённого и своевременно корректировать нарушения по показаниям (УУР С, УДД 4). Имеются данные об эффективности отсроченного пережатия пуповины и начала реанимационных мероприятий до пересечения пуповины при наличии технической возможности.

Когда направить и как наблюдать

- Специальные показания для госпитализации по данной рекомендации не установлены. После родов выписку проводят с учётом течения послеродового периода, с рекомендацией наблюдения в женской консультации по месту жительства.

Частые вопросы

Как быстро диагностировать дистоцию плечиков?

Диагноз устанавливают, если после рождения головки плечики не рождаются более 60 секунд. Помогают также отсутствие рождения плечика при осторожном отклонении головки на 30–40° и симптом «черепахи».

Что делать первым при дистоции плечиков?

Первым акушерским манёвром выполняют приём МакРобертс.

Можно ли тянуть за головку или давить на дно матки?

Нет. Тракции за головку и чрезмерное отклонение головки повышают риск травмы плечевого сплетения, а давление на дно матки может усилить вклинивание плечевого пояса, вызвать кровотечение и разрыв матки.

Сколько времени выполнять один манёвр?

Каждый приём не должен продолжаться более 30 секунд; при неудаче нужно менять тактику. Повторение манёвров первой линии стараются завершить в пределах суммарного 5-минутного периода от рождения головки.

Когда планируют кесарево сечение для профилактики дистоции плечиков?

При диабете или гестационном диабете и предполагаемой массе плода более 4500 г рекомендовано плановое кесарево сечение; при предполагаемой массе более 5000 г — независимо от наличия диабета. После тяжёлой ДП его также планируют, если предполагаемая масса плода не меньше массы при предыдущих родах.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/595-zatrudnennye-rody-distociya-vsledstvie-predlezhaniya-plechika. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/595_3