

მხრების დისტოცია

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „მხრების დისტოცია“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2007 წლის 21 მარტის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 აგვისტოს № 260/ო ბრძანებით.

მხრების დისტოცია

კლინიკური რეკომენდაციების ზოგადი მიზანი

⇒ ამ რეკომენდაციის მიზანს წარმოადგენს მხრის დისტოციის პროფილაქტიკის, პრევენციისა და მკურნალობის შესახებ არსებული მტკიცებულებების განხილვა. ის ასევე შეეხება ზოგიერთ უნარ-ჩვევებს მხრის დისტოციის მკურნალობასთან დაკავშირებით.

ბანხილული კლინიკური საკითხები

⇒ მოცემული კლინიკური რეკომენდაციები არ განიხილავენ იმ გართულებებს, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას მხრების დისტოციის დროს, ასევე მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვის თავისებურებებს.

ბაიფლანინი განკუთვნილია:

⇒ მოცემული რეკომენდაცია განკუთვნილია მუან-გინეკოლოგების, ბებიაქალებისა და ოჯახის ექიმებისათვის, რომელთაც ეხებათ მშობიარობის მართვა.

დეფინიცია, კათობენეზი

მხრების დისტოცია არის ნაყოფის წინა, ან იშვიათად უკანა მხრის ჩაჭედვა თავის დაბადების შემდეგ. ეს არის გადაუდებელი მდგომარეობა, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის ასფიქსია ან სიკვდილი⁴.

მხრების დისტოცია ვითარდება მაშინ, როდესაც ნაყოფის წინა, და უფრო იშვიათად უკანა მხარი მიეყრდნობა დედის სიმფიზს ან პრომონტორიუმს.

ეპიდემიოლოგია

არსებობს ფართო ვარიაცია მხრების დისტოციის გავრცელებაში. ჩრდილოეთ ამერიკაში და გაერთიანებულ სამეფოში მისი გავრცელება შეადგენს 0,6%^{7,8}. მხრების დისტოცია დაკავშირებულია მაღალ პერინატალურ სიკვდილიანობასთან და ავადობასთან, იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც მდგომარეობა სწორადაა წარმართული⁹. იზრდება ასევე მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის (11%) და მეოთხე ხარისხის შორისის დაზიანების სიხშირე (3,8%). ამ გართულებების სიხშირე უცვლელი რჩება მშობიარობის დასახმარებლად ჩატარებული მანიპულაციების მიუხედავად.¹⁰

მხრების დისტოციის გამო განვითარებულ ახალშობილთა ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან გართულებას წარმოადგენს მხრის წნულის დაზიანება. მისი სიხშირე შეადგენს 5-15%-ს მხრების დისტოციის დროს. უმეტეს შემთხვევაში მხრის წნულის დაზიანება წარმოადგენს ერბ-დიუშენის ტიპის დამბლას C₅-C₆ ნერვის ჩათრევით. შემთხვევათა უმრავლესობაში დაზიანება უკვალოდ გაივლის, და მხოლოდ 10%-ში მხრების დისტოციის დროს ვითარდება მხრის წნულის სამუდამო დაზიანება¹¹. მხრის წნულის დაზიანება არ არის დამოკიდებული ოპერატორის გამოცდილებაზე^{9;11}. ის გვხდება 1/2300 ცოცხლად შობილზე¹² და წარმოადგენს ერთ-ერთ უხშირეს მიზეზს სასამართლო გარჩევებისათვის მხრის წნულის დაზიანებათა მცირე ნაწილი არ არის დაკავშირებული კლინიკურად გამოხატულ მხრების დისტოციასთან.¹³ ერთ-ერთ კვლევაში საკეისრო კვეთის შემდეგ განვითარებულმა დაზიანებებმა შეადგინა 4%.¹⁴ მნიშვნელოვანია განისაზღვროს დაბადების მომენტისათვის დაზიანებული მხარის მდებარეობა(წინ თუ უკან), რადგანაც უკანა მხრის წნულის დაზიანება არ არის განპირობებული მეანის მოქმედებებით ^{1:15}

პროგნოზირება, რისკის შეფასება

შემთხვევათა უმრავლესობაში რისკის შეფასება მხრების დისტოციის პროგნოზირებისათვის არის არასაკმარისად ეფექტური. არსებობს ურთიერთკავშირი ნაყოფის ზომასა და მხრების დისტოციას შორის, მაგრამ ეს არ არის მნიშვნელოვანი საპროგნოზო ფაქტორი⁹ ახალშობილთა უმრავლესობაში სხეულის წონით ≥ 4500 გ მხრების დისტოცია არ ვითარდება¹⁶. მნიშვნელოვანია, რომ შემთხვევათა 48%-ში მხრების დისტოცია ვითარდება ახალშობილებში, რომელთა სხეულის მასა < 4000 გ-ზე.¹⁷ უფრო მეტიც, ნაყოფის კლინიკური წონის შეფასება არასაკმარისად ზუსტია და მესამე ტრიმესტრში ჩატარებული ულტრაბგერითი კვლევა იძლევა 10%-მდე ზღვარს შეცდომისათვის სხეულის ჭეშმარიტ წონასთან შედარებით, ხოლო მაკროსომიის მგრძნობელობა (4,5 კგ-ზე მეტი წონის ნაყოფი) არის მხოლოდ 60%.

ცხრილი 1 ფაქტორები, რომლების დაკავშირებული მხრების დისტოციასთან

ანტენატალური	ინტრანატალური
მხრების დისტოცია წინა მშობიარობაში	მშობიარობის პროლონგირება
დიდი ნაყოფი/დიდი ნაყოფი ანამნეზში	სამშობიარო მოქმედების პირველადი დამეორადი სისუსტე
შაქრიანი დიაბეტი	მშობიარობის II პერიოდის გახანგრძლივება
დედის სხეულის მასის ინდექსი > 30 კგ/მ ²	ოქსიტოცინით სტიმულაცია
მშობიარობის ინდუქცია	ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობა
ვადაგადაცილებული ორსულობა	
ქალის დაბალი სიმაღლე	

ამ კლინიკურ მახასიათებლებს გააჩნიათ დაბალი დადებითი პროგნოზური ფასეულობა როგორც კომბინაციაში, ასევე ცალ-ცალკე¹⁸. შეფარდებითი რისკ-ფაქტორები ახდენენ მხრების დისტოციის პროგნოზირებას მხოლოდ 16% შემთხვევაში. მხრების დისტოციის მრავალი შემთხვევების განვითარება ქალებში რისკ-ფაქტორების არსებობის გარეშე მიუთითებს იმაზე, რომ ის არის არაპროგნოზირებადი მოვლენა და მისი პროფილაქტიკა რთულია^{18;19}.

კლინიციისტება ყურადღება უნდა მიაქციონ არსებულ რისკ-ფაქტორებს, მაგრამ უნდა ახსოვდეთ, რომ მხრების დისტოცია შესაძლებელია განვითარდეს ნებისმიერი მშობიარობის დროს.

სპ

პრევენცია

მოსალოდნელი დიდი ნაყოფის მართვა

მტკიცებულებებზე დაფუძნებულმა მრავალმა მიმოხილვამ დაადასტურა, რომ მშობიარობის ინდუქცია ქალებში მოსალოდნელი დიდი ნაყოფით, რომელთაც არ აღენიშნებათ დიაბეტი, არ აუმჯობესებს არც დედის და არც ახალშობილის გამოსავალს.^{20;21}

მშობიარობის ინდუქცია ქალებში, რომელთაც აღენიშნებათ შაქრიანი დიაბეტი, არ აქვეითებს მხრების დისტოციის გამო განვითარებულ დედისა და ახალშობილის ავადობას.

A

კოჰრენის ბიბლიოთეკის მიხედვით მშობიარობის ინდუქცია ინსულინით ნამკურნალებ დიაბეტით დაავადებულ ქალებში ამცირებს მაკროსომიის რისკს²². შენიშნული იყო მხრების დისტოციით გართულებულ მშობიარობათა რისკის უმნიშვნელო დაქვეითება ინდუქციის ჯგუფში²³ მაგრამ დედისა და ახალშობილის ავადობა შეცვლილი არ იყო.

გეგმიური საკეისრო კვეთა არ არის რეკომენდებული დიაბეტის არარსებობისას დიდ ნაყოფზე ეჭვის დროს (ნაყოფის სავარაუდო წონა 4,5 კგ). ნაყოფის სავარაუდო წონის განსაზღვრა არ არის ასაკმარისად ზუსტი. მხრების დისტოცია არ ვითარდება დიდი ნაყოფის არსებობის შემთხვევათა უმრავლესობაში¹⁶. მხრების დისტოციით გამოწვეული მხრის წნულის მუდმივი დაზიანების 1 შემთხვევის პრევენციისათვის შესაძლებელია საჭირო გახდეს 2345 დამატებითი საკეისრო კვეთა და დაიხარჯოს 4,9 მილიონი აშშ დოლარი.²⁴

ამერიკის მეანთა და გინეკოლოგთა კოლეჯი იძლევა რეკომენდაციას, რომ ნაყოფის სავარაუდო წონისას 5 კგ მიღებული იყოს სწრაფი გადაწყვეტილება საკეისრო კვეთის ჩატარების შესახებ, მიუხედავად ნაყოფის სავარაუდო წონის განსაზღვრის უზუსტობებისა. პირდაპირი მონაცემები ამ რეკომენდაციის მხარდასაჭერად არ არსებობს. მიუხედავად ამისა, არსებობს თვალსაჩინოება, რომ დიდი ნაყოფის შემთხვევაში მხრების დისტოციის განვითარებისას უფრო ხშირად ვითარდება მხრის წნულის მუდმივი დაზიანება²⁵

გეგმიური საკეისრო კვეთა უნდა გაკეთდეს ქალთა იმ მცირე ჯგუფში, რომლებიც დაავადებულნი არიან დიაბეტით და სავარაუდოა ნაყოფის მაკროსომია (ნაყოფის სავარაუდო წონა 4,5 კგ)

პოტენციური ავადობის შესამცირებლად გეგმიური საკეისრო კვეთა არ არის რეკომენდებული სავარაუდო დიდი ნაყოფის შემთხვევაში, თუ დედას არ აღენიშნება შაქრიანი დიაბეტი.

C

მხრების დისტოცია წინა მშობიარობაში

მხრების დისტოციის განმეორების სიხშირე შეადგენს 1-16%^{17;19;26-28} აქედან გამომდინარე, არ არის საკეისრო კვეთის რუტინულად შეთავაზების აუცილებლობა, მაგრამ ისეთი ფაქტორების თანაარსებობა, როგორებიცაა - დედისა და ახალშობილის დაზიანების არსებობა, ნაყოფის წონა და დედის არჩევანი გათვალისწინებული უნდა იყოს მშობიარობის გზის არჩევისას.

წინა მშობიარობაში მხრების დისტოციის განვითარებისას მიზანშეწონილია როგორც საკეისრო კვეთა, ასევე საშოსმხრივი მშობიარობა. გადაწყვეტილება მიღებული უნდა იყოს ინფორმირებული თანხმობის შემდეგ ქალისა და მისი ახლობლების მიერ მკურნალ ექიმთან ერთად

სპ

თუ მოსალოდნელია მხრების დისტოცია, მიზანშეწონილია მოსამზადებელი ღონისძიებების ჩატარება.

სპ

ქვემოთ მოყვანილ სქემაში მითითებული მაღალი რისკის ჯგუფის ქალების მშობიარობისას საჭიროა სამშობიარო ბლოკში იმყოფებოდეს კვალიფიცირებული და გამოცდილი მეანი. მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ქალი რისკის ჯგუფში, საჭიროა, რომ სამშობიარო ბლოკში მომუშავე ყველა მეანმა იცოდეს მხრების დისტოციის შემთხვევაში პაციენტის მართვის ტაქტიკა.

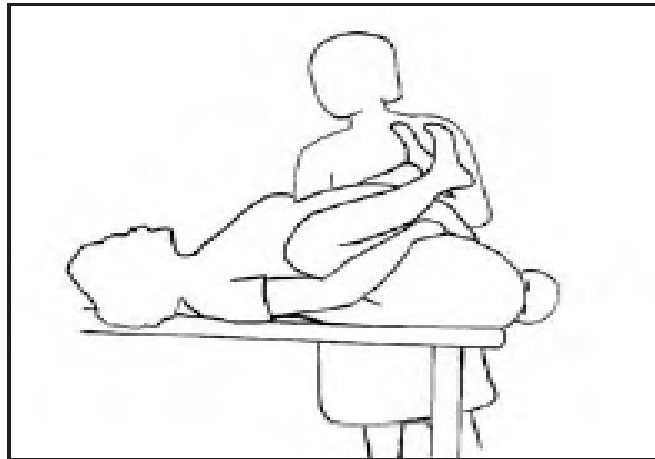
მხრების დისტოციის დიაგნოსტიკა

მხრების დისტოციის მკურნალობა საჭიროებს ადრეულ გამოცნობას. ექიმმა დროულად უნდა მიაქციოს ყურადღება შემდეგს:

- ნიკაპისა და სახის დაბადების გაძნელება;
- საშოხე მჭიდროდ მიბჯენილი და რეტრაქტირებული სახე;
- თავის ბრუნვის უშედეგობა;
- მხრების ჩამოწვევის უშედეგობა

რუტინული ტრაქცია განისაზღვრება, როგორც ტრაქცია, რომელიც საჭიროა მხრების დაბადებისათვის ნორმალური საშოსმხრივი მშობიარობის დროს, როდესაც არ არსებობს მხრების განთავისუფლების

სირთულეები.²⁹ ცხედართა გამოკვლევის შედეგად მიღებული მტკიცებულებები ადასტურებს, რომ ლატერალური და ქვემოთ მიმართული ტრაქციები უფრო მეტად იწვევს ნერვის ავულსიას და აქედან გამომდინარე, სასურველია მათგან შეკავება მხრების დისტოციის ჩამოყალიბებისას.



სურათი 1 მაკ რობერტსის მანევრი

მხრების დისტოციის კლინიკური დიაგნოზის დასამადგე მაკ რობერტსის მანევრის გამოყენება ლითოტომიის პოზიციასთან შედარებით არ ამცირებს ტრაქციის ძალას ნაყოფის თავზე საშოსმხრივი მშობიარობისას და ამიტომ მაკ რობერტსის მანევრი არ უნდა იყოს გამოყენებული მხრების დისტოციის პრევენციისათვის.³⁰

რუტინული ტრაქცია უნდა განხორციელდეს აქსიალური მიმართულებით მხრების დისტოციის დიაგნოსტიკისათვის.

სპ

მხრების დისტოციის მკურნალობა

მხრების დისტოციის მკურნალობას სჭირდება სისტემატური მიდგომა.

სპ

მხრების დისტოციის გამო ბავშვთა 47% იღუპება თავის დაბადებიდან 5 წუთის განმავლობაში.³¹ აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია, რომ პრობლემა გადაწყდეს აქტიურად, მაგრამ ფრთხილად: ჰიპოქსიური აციდოზისა და არასაჭირო ტრავმის თავიდან ასაცილებლად.

მხრების დისტოციის დიაგნოსტიკისას საჭიროა დახმარების გამოძახება

სპ

მხრების დისტოციის განვითარებისას დახმარების გამოძახება. ეს მოიცავს როგორც ბეზიაქალების დახმარებას, ასევე მეანების, ანესთეზიოლოგებისა და პედიატრიული გადაუდებელი დახმარების ჯგუფის გამოძახებას.³² უნდა გაითიშოს დედის ჭინთვები, რადგანაც ამან, შესაძლებელია გამოიწვიოს მხრების უფრო ძლიერი ჩაჭედვა, და სიტუაცია უფრო დამძიმდეს.³³ მშობიარე უნდა მოთავსდეს ისე, რომ მისი დუნდულოები განლაგებული იყოს საწოლის კიდეზე.

საშვილოსნოს ფუძეზე ზეწოლა არ უნდა განხორციელდეს

მხრების დისტოციის მეურნალობის დროს არ უნდა იყოს გამოყენებული ზეწოლა საშვილოსნოს ფუძეზე. ეს დაკავშირებულია ნაყოფისმხრივ გართულებათა მომატებულ სიხშირესთან და შესაძლებელია გამოიწვიოს საშვილოსნოს გასკდომა³⁴

ეპიზოტომია არ არის აუცილებელი ყველა შემთხვევაში

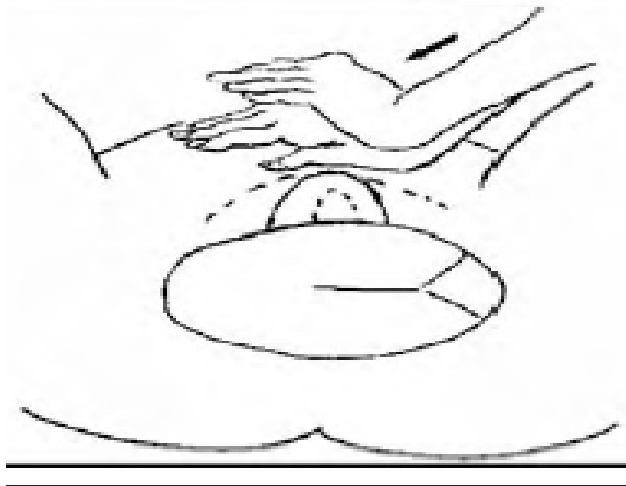
ზოგიერთი ავტორი მხარს უჭერს იმ მოსაზრებას, რომ ეპიზოტომია უნდა გაკეთდეს მხრების დისტოციის ყველა შემთხვევაში², მაგრამ სხვები აღნიშნავენ, რომ ეს მანიპულაცია არ ახდენს ზეგავლენას მხრების დისტოციის გამოსავალზე³⁵. ერთი კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ეპიზოტომია არ ამცირებს მხრის წნულის დაზიანების რისკს მხრების დისტოციის დროს³⁴. საჭიროა არჩევითი მიდგომა და ეპიზოტომიის გამოყენების გადავადება ისეთი მანევრების გასაადვილებლად, როგორებიცაა უკანა მხრის გამოთავისუფლება და მხრების შიდა როტაცია.³⁶ აქედან გამომდინარე, ეპიზოტომიის ჩატარება ზოგჯერ საჭიროა, თუმცა არა აუცილებელი.

მაკ რობერტის მანევრი არის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური ინტერვენცია და ის მაშინვე უნდა განხორციელდეს.

მაკ რობერტის მანევრი არის დედის ბარძაყების მოხრა, მოზიდვა და მათი მოთავსება დედის მუცელზე³⁷. ეს ზრდის ლუმბო-საკრალურ კუთხეს, აბრუნებს დედის მენჯს თავისაკენ¹⁰ და დაკავშირებულია საშვილოსნოსშიდა წნევის მომატებასა და შეკუმშვების ამპლიტუდის გაზრდასთან³⁸

მაკ რობერტის მანევრი არის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური ჩარევა 90%-იანი წარმატებით. მას გააჩნია გართულებების დაბალი სიხშირე და ამიტომ ის უნდა ჩატარდეს პირველ რიგში.

მიზანშეწონილია ასევე ბოქვენზე ზეწოლა



სურათი 2 ზეწოლა ბოქვენზე

ბოქვენზე ზეწოლა უნდა ჩატარდეს მაკ რობერტის მანევრთან ერთად წარმატების სიხშირის გასაზრდელად.¹⁰ ზეწოლა ბოქვენზე ამცირებს ბისაკრომიალურ დიამეტრს და აბრუნებს წინა მხარს მენჯის ირიბ ზომამში. ამის შემდეგ მხარი თავისუფალია ბოქვენის სიმფიზის ქვეშ ჩასაცურებლად და მომზადებულია რუტინული ტრაქციის განსახორციელებლად³.

ზეწოლა უნდა განხორციელდეს ქვევით და ლატერალურად ნაყოფის წინა მხარზე ზურგის მხრიდან.

არ არსებობს განსხვავება მუდმივ ზეწოლასა და რხევით მოძრაობას შორის.

დამატებითი მანევრები უნდა განხორციელდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც მაკ რობერტის მანევრი და ბოქვენის არეზე ზეწოლა უშედეგოა.

სპ

თუ მაკ რობერტის მანევრი და ბოქვენზე ზეწოლა უშედეგო აღმოჩნდება, უნდა გაკეთდეს არჩევანი მუხლ-იდაყვის პოზიციასა და შიდა მანიპულაციებს შორის. ტრადიციულად, ამ დროს გამოიყენება შიდა მანიპულაციები, მაგრამ შემთხვევათა სერიებში აღწერილია მუხლ-იდაყვის პოზიციის 83%-იანი წარმატებული შედეგი³⁹ მეანმა უნდა გაითვალისწინოს ინდივიდუალური სიტუაცია. გამხდარი მოძრავი ქალისათვის, რომელსაც არა აქვს გაკეთებული ეპიდურული ანესთეზია, და რომელიც იმყოფება ერთი ბებიაქალის დაკვირვების ქვეშ, ყველაზე მიზანშეწონილია მუხლ-იდაყვის პოზიცია. ნაკლებად მოძრავი ქალისათვის, რომელსაც გაუკეთდა ეპიდურული ანესთეზია, გამოცდილი მეანის თანდასწრებით უნდა ჩატარდეს შიდა მანიპულაციები.

არ არის განსხვავება უკანა მხრის დაბადებასა და შინაგანი ბრუნვის მანიპულაციების ჩატარების რიგითობას შორის. კლინიკური გადაწყვეტილება ჩატარების რიგითობის შესახებ დაფუძნებული უნდა იყოს მეანის გამოცდილებაზე.

სპ

ნაყოფის მხრების დაბადება შეიძლება გაადვილდეს მათი ირიბ ზომამში გადაყვანით. ამისათვის გამოიყენებენ ვუდსის ან რუბინის მანევრებს^{40;41}

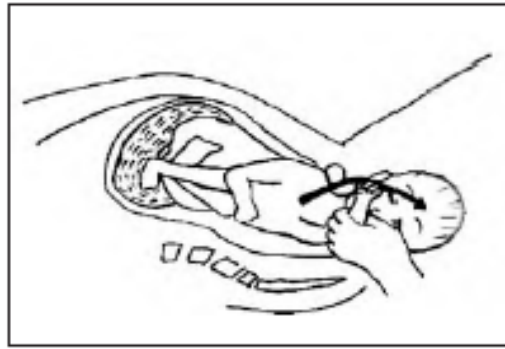
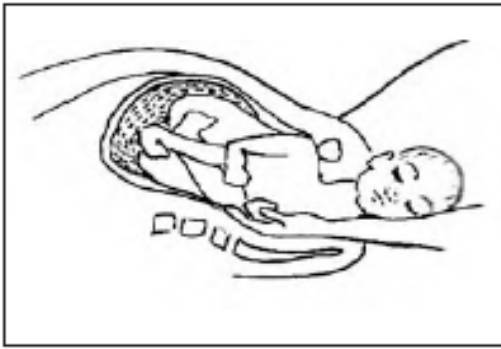
- **რუბინის მანევრი**

შეიტანეთ ხელი და განახორციელეთ ზეწოლა უკანა მხარზე ლატერალურად და ქვემოთ ნაყოფის მხრების ირიბ ზომამში გადაყვანისათვის.

- **ვუდსის მანევრი**

ორივე ხელის გამოყენებით ნაყოფის ზურგიდან წინა მხარზე და ნაყოფის მუცლიდან უკანა მხარზე ზეწოლით ირიბ ზომამში ბრუნვით, ნაყოფის სხეული სრულად შეაბრუნეთ 180 გრადუსით. 90 გრადუსზე მოტრიალების შემდეგ შეცვალეთ ხელები.

მშობიარობა ასევე შეიძლება გაადვილდეს უკანა ხელის განთავისუფლებით.⁴²



სურათი 3 უკანა ხელის განთავისუფლება

- უკანა მხრის განთავისუფლება

საშოში შეიყვანეთ მარცხენა ხელი ნაყოფის პირველი პოზიციის დროს (და პირიქით) გაშლილი ხელის შემთხვევაში განახორციელეთ ზეწოლა იდაყვის ფოსოზე, როდესაც ხელი მოიხრება, დაჭირეთ მტევანი ან წინამხარი, ჩამოაცურეთ ხელი მკერდზე და გაათავისუფლეთ, რასაც ჩვეულებრივ მოყვება წინა მხრის დაბადება.

ამას შესაძლებელია მოყვეს ნაყოფის ტანის დაბადება, რომელიც მშობიარობის გასაადვილებლად უნდა შებრუნდეს. უკანა ხელის დაბადება დაკავშირებულია გართულებების მაღალ სიხშირესთან: ერთ შემთხვევათა სერიაში 12% განვითარდა მხრის მოტეხილობები.⁸ ზოგიერთი ავტორები უფრო მიზანშეწონილად თვლიან უკანა ხელის განთავისუფლებას⁴³ იმ შემთხვევაში, როდესაც დედა დიდი ზომისაა⁴³⁻⁴⁵ მეთოდების გამოყენების თანმიმდევრობაზე მეანმა გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს საკუთარი გამოცდილების, უნარ-ჩვევებისა და მდგომარეობიდან გამომდინარე.

ქალის მოთავსება მუხლ-იდაყვის პოზიციაში

ქალის მოთავსებისას მუხლ-იდაყვის პოზიციაში ფართოვდება მენჯის ზომები. მუხლ-იდაყვის პოზიაში უნდა განხორციელდეს წინა მხარის დაბადება (უკანა მხარი დედის ზურგზე წოლისას), რაც აადვილებს უკანა მხრის განთავისუფლებას.

პირველი და მეორე ხაზის მანიპულაციების უშედეგობის შემთხვევაში:

მესამე ხაზის მანიპულაციები საჭიროებს ფრთხილ გადაწყვეტას, დედის ავადობისა და სიკვდილიანობის თავიდან ასაცილებლად.

სპ

ზოგიერთი მესამე ხაზის მეთოდები აღწერილია იმ შემთხვევებისათვის, როდესაც სხვა მეთოდები უშედეგოა. ეს მოიცავს კლეიდოტომიას, (ლავიწის მოტეხვას თითოთ ან ქირურგიული ინსტრუმენტით),

სიმფიზიოტომიას (სიმფიზის იოგის გაკვეთა) და ზავანელის მანევრს. ეს მეთოდები იშვიათად გამოიყენება.

ლიტერატურაში აღწერილია ზავანელის მანევრი (თავის უკან შებრუნება რელაქსაციის პირობებში შემდგომი საკეისრო კვეთით).⁴⁶ ლოგიკურად, ზავანელის მანევრი შესაძლებელია ყველაზე მიზანშეწონილი იყოს იშვიათი ორმხრივი მხრების დისტოციის დროს, როდესაც ორივე მხარი არის ჩატედილი მენჯის შესავალში, წინ სიმფიზთან და უკან პრომონტორიუმთან. ამ პროცედურის უსაფრთხოება დედისათვის არ არის ცნობილი. 59 აღწერილ შემთხვევაში 53 წარმატებული აღმოჩნდა (2 შემთხვევაში განვითარდა საშვილოსნოს გახევა ქვედა სეგმენტში, 2 შემთხვევაში მკვრადშობაბლობა, 2- ში ახალშობილის ნევროლოგიური დაზიანება)

სიმფიზიოტომია ასევე განიხილება, როგორც პოტენციურად მიზანშეწონილი პროცედურა, როგორც განვითარებად^{47;48}, ასევე განვითარებულ ქვეყნებში ⁴⁹. სიმფიზიოტომია დაკავშირებულია დედის სერიოზული ავადობისა და ახალშობილის ცუდი გამოსავალის მაღალ სისშირესთან.⁵⁰ ამის გათვალისწინება განსაკუთრებულად აუცილებელია ამ საკითხების არარსებობის დროს.

მშობიარობის შემდეგ მეანმა მხედველობაში უნდა იქონიოს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენებისა და მესამე ან მეოთხე ხარისხის შორისის დაზიანების განვითარების ალბათობა.

სპ

ცხრილი 2 სამახსოვრო HELPERR

H	(Call for Help) დახმარების გამოძახება
E	(Evaluate for episiotomy) ეპისიოტომიის ჩატარების შესაძლებლობა
L	(Legs) ფეხები (მაკ რობერტსის მანევრი)
P	(Suprapubic Pressure) ზეწოლა ბოქვენზე
E	(Enter maneuvers) შიდა მანევრები-შინაგანი როტაცია
R	(Remove the posterior arm) უკანა მხრის გათავისუფლება
R	(Roll the patient) პაციენტის მოთავსება მუხლ-იდაყვის პოზიციაში

დოკუმენტაცია

აუცილებელია მშობიარობის ზუსტი დოკუმენტაცია.

მეანობაში წარმოებული არადამაკმაყოფილებელი დოკუმენტაცია არის მედიკო-ლევალური სასამართლო გარჩევების ძირითადი მიზეზი. შესაძლებელია საჭირო იყოს სტრუქტურირებული ფორმების გამოყენება ჩანაწერების ზუსტი შეგროვებისათვის.

მნიშვნელოვანია ჩანაწერებში შემდეგი მომენტების დაფიქსირება:

- თავის დაბადების დრო;
- თავის მიმართულება გარეგანი ბრუნვის შემდეგ;
- ჩატარებული მანევრები, მათი დრო და თანმიმდევრობა;
- ტანის დაბადების დრო;
- დამხმარე პერსონალი და მათი გამოცხადების დრო;
- ბავშვის მდგომარეობა (აპგარის მიხედვით);
- ჭიპლარის სისხლის მუავა-ტუტოვანი ბალანსი.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თავის პოზიციის დოკუმენტირება მისი დაბადების დროს, რადგანაც ეს იძლევა საშუალებას დადგინდეს წინა და უკანა მხრის მდგომარეობა მშობიარობის დროს.

აუდიტის სტანდარტები

- მხრების დისტოციის მკურნალობის მიზნით გამოყენებული მანიპულაციების კრიტიკული შეფასება;
- შემთხვევის დოკუმენტირება;
- ახალშობილთა პროპორცია, რომლებიც დაიბადნენ მხრის წნულის დაზიანებით;
- პერსონალის დასწრება მხრების დისტოციის ტრენინგის პროგრამებში.

ბაიდლანინის ბადასინჯვისა და ბანახლების ვადა – 3 წელი

ბაიდლანინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინის შემუშავების მეთოდოლოგია

- მოცემული გაიდლაინის შემქნის პროცესში სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით მოძიებული და შეფასებული იქნა უკვე არსებული პრაქტიკული რეკომენდაციები. მოხდა არსებული რეკომენდაციების ადაპტირებული ვარიანტის შემუშავება, რომელიც ერთის მხრივ პასუხობს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო მეორე მხრივ ითვალისწინებს საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებათა როგორც ადამიანურ, ისე ტექნიკურ რესურსებს.

- კლინიკური რეკომენდაციების, ეპიდემიოლოგიური მონაცემებისა და მტკიცებულებების შემდგომი მოძიება ხორციელდებოდა *Yahoo, AltaVista, Google, DoctorGuide, Yandex, Rambler* საძიებო ოპერატორების მეშვეობით, ასევე სამედიცინო მონაცემების ელექტრონული ბიბლიოგრაფიული მონაცემთა ბაზის, „მედლაინის,, (*MEDLINE*) მეშვეობით. პირველ რიგში მოძიებული იყო (*National Guidelines Clearinhouse, TRIP, SumSearch*) მხრების დისტოციის შესახებ ანალოგიური რეკომენდაციები, რომლებიც შემუშავებულია შესაბამისი პროფესიონალური ჯგუფების მიერ.
- ცალკეული კლინიკური საკითხების შესახებ მტკიცებულებათა და იმ საკითხთა მოძიება, რომლებიც არასრულად არის განხილული, წარმოებული იყო კოჭრეინის მონაცემთა ბაზაში *The Cochrane Library 2006, Issue 3*, და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ბიბლიოთეკაში №9.

მოძიებული კლინიკური რეკომენდაციებისა და მტკიცებულებების ანალიზი

ჩატარებული ძიების შედეგად მიღებული იყო რამოდენიმე კლინიკური მეთოდური რეკომენდაცია, რომლებიც შეიცავდა ჯგუფის მიზნის შესაფერის საჭირო ინფორმაციას.^{1,2,3} ამ რეკომენდაციების საბოლოო შეფასებისას გამოყენებული იყო ფორმალური შეფასების მეთოდი *AGREE-ს* (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*)⁵ მეშვეობით. შეფასების შედეგად ამორჩეული იყო რამოდენიმე რეკომენდაცია, რომლებიც საფუძვლად დაედო შემდგომ ანალიზსა და მათ ადაპტაციას. ამ რეკომენდაციაში მოცემული დებულებები შეჯამებული იყო ცხრილებში და წარმოდგენილი იყო სამუშაო ჯგუფის წევრების მიერ შეფასების მიზნით. ცხრილში შედიოდა დებულების ორიგინალური ვერსია და მტკიცებულების დონე წყაროს მიხედვით. სამუშაო ჯგუფს უნდა შეეფასებინა რეკომენდაციების ვარგისიანობა საქართველოს ჯანდაცვის პირველადი რგოლის პირობებში. რეკომენდაცია მიღებულად ითვლებოდა, თუ მას მხარს უჭერდა შემქმნელთა სამუშაო ჯგუფის უმრავლესობა.

რეკომენდაციის შემუშავებისას ჩვენ გამოვიყენეთ მოდიფიცირებული სქემა, რომელიც მოწოდებულია *SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network)* მიერ.

მტკიცებულებათა დონეებისა და რეკომენდაციების გრადაციის სქემა

მოცემულ რეკომენდაციებში გამოყენებულია *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* მიერ მოწოდებული რეკომენდაციების მტკიცებულებათა დონეების მოდიფიცირებული სქემა.

ყველა ძირითად რეკომენდაციას გააჩნია გრადაცია, რომელიც აღინიშნება ლათინური ასოებით **A** დან **D** მდე. ამავე დროს ყოველ გრადაციას შეესაბამება მონაცემთა მტკიცებულების გარკვეული დონე. რაც უფრო მაღალია რეკომენდაციის გრადაცია, მით უფრო მაღალია კვლევების სიზუსტე, რომლებზეც ის არის დაფუძნებული

მტკიცებულების დონე	კვლევების დახასიათება, რომლებიც საფუძვლად დაედო რეკომენდაციას
A	მაღალი ხარისხის მეტა-ანალიზი, რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევის მეტა-ანალიზი, რკკ სისტემური მიმოხილვა ან დიდი რკკ სისტემატური შეცდომის ძალიან დაბალი ალბათობით (+++), რომლის შედეგებიც შესაძლებელია გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
B	კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევების მაღალი ხარისხის სისტემური მიმოხილვა ან მაღალი ხარისხის (++) კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა სისტემატური შეცდომის ძალიან დაბალი ალბათობით. ან რკკ (+) სისტემური შეცდომის დაბალი ალბათობით, რომლის შედეგებიც შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
C	კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა ან კონტროლირებადი კვლევა რანდომიზაციის გარეშე სისტემატური შეცდომის დაბალი ალბათობით (+), რომლის შედეგებიც შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე ან რკკ ძალიან დაბალი (++) ან დაბალი (+) სისტემატური შეცდომის ალბათობით, რომლის შედეგებიც არ შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
D	შემთხვევათა სერიების აღწერა ან არაკონტროლირებადი კვლევა ან ექსპერტთა აზრი.
სპ	საუკეთესო პრაქტიკა, რომელიც დაფუძნებულია რეკომენდაციის შემქმნელთა გამოცდილებაზე.

ალტერნატიული ბაიფლანინი არ არსებობს

ბამოყენებულ ლიტერატურა:

1. Clements RV. Shoulder dystocia. In: *Clements RV, editor. Risk Management and Litigation in Obstetrics and Gynaecology.*, pp 224-35. 2001.
2. Gibb D. Clinical focus: shoulder dystocia. *Clin Risk* 1995;**1**:40-54.
3. Lurie S B-AHA. The ABC of shoulder dystocia management. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol* 1994;**20**:195-7.
4. Resnick R. Management of shoulder dystocia girdle. *Clin Obstet Gynecol* 1980;**23**:559-64.
5. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. The AGREE Collaboration. 2001. www.agreecollaboration.org. Ref Type: Electronic Citation
6. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based clinical guidelines. *BJM* 2001;**323**:334-6.
7. Al Hadi M GMBPMP. Shoulder dystocia: risk factors and maternal and perinatal outcome. *J Obstet Gynaecol* 2001;**21**:352-4.
8. Gherman RB OJGTM. Obstetric maneuvers for shoulder dystocia and associated fetal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1998;**178**:1126-30.
9. Acker D SBFE. Risk factors for shoulder dystocia. 1985;66:476-80. *Obstet Gynecol* 1995;476-80.
10. Gherman RB GTSINKOJPR. The McRobert's maneuver for the alleviation of shoulder dystocia: how successful is it? *Am J Obstet Gynecol* 1997;**197**:656-61.
11. Gherman RB GTOJMDP. Spontaneous vaginal delivery: a risk factor for Erb's palsy? *Am J Obstet Gynecol* 1998;**178**:423-7.
12. Evans-Jones G KSWACGWABAHC. Congenital brachial plexus injury: incidence, causes and outcome in the UK and Republic of Ireland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;185-9.
13. Sandmire HF DRK. Erb's palsy without shoulder dystocia. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;**78**:253-6.
14. Gherman RB GTOJMDP. Brachial plexus palsy associated with cesarean section: an in utero injury? *Am J Obstet Gynecol* 1997;**117**:1162-4.
15. Stirrat G TR. Mechanisms of obstetric brachial plexus palsy: a critical analysis. *Clin Risk* 2002;**8**:218-22.
16. Naef RW 3rd MJJ. Emergent management of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;**22**:247-59.
17. Baskett TF AA. Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1995;**86**:14-7.
18. Nesbitt TS GWHB. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. *Am J Obstet Gynecol* 1998;**179**:476-80.
19. Bahar AM. Risk factors and fetal outcome in cases of shoulder dystocia compared with normal deliveries of a similar birthweight. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;**103**:868-72.
20. Centre for Reviews and Dissemination, NHS Centre for Reviews and Dissemination. Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia. 2. 2004. *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness*. 2. Ref Type: Report
21. Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, and 2. 2004. Ref Type: Report
22. Boulvain M, Stan C Irion O. Elective delivery in diabetic pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 .2. 2006. Ref Type: Electronic Citation
23. Kjos SL HOMMBTMJH. Insulin-requiring diabetes in pregnancy: a randomized trial of active induction of labor and expectant management. *Am J Obstet Gynecol* 1993;**169**:611-5.
24. Rouse DJ OJ. Prophylactic caesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by means of ultrasonography-A Faustian bargain? 1999;181:332-8. *Am J Obstet Gynecol* 1999;**181**:332-8.
25. Gherman RB OJSAGTPJ. A comparison of shoulder dystocia-associated transient and permanent brachial plexus palsies. *Obstet Gynecol* 2003;**102**:544-8.
26. Ginsberg NA Moisisdis C. How to predict recurrent shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 2001;**184**:1427-30.
27. Lewis DF EMATACBGL. Can shoulder dystocia be predicted? Preconceptive and prenatal factors. *J Reprod Med* 1998;**43**:654-8.
28. Lewis DF RRPMBGHAR. Recurrence rate of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1995;**172**:1369-71.
29. Metaizeau J GCPF. Les Lésions Obstétricales du Plexus Brachial. *Chir Pédiatr* 1979;**20**:159-63.
30. Poggi SH ARPCGAPJS. Randomized trial of McRoberts versus lithotomy positioning to decrease the force that is applied to the fetus during delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004;**191**:874-8.

31. Focus Group Shoulder Dystocia. *Fifth Annual Report Confidential Enquiries into Stillbirths and Deaths in Infancy*, 73-79. 1998. *London:Maternal and Child Health Research Consortium*. Ref Type: Report
32. Hope P BSLLLAMDMIE. Fatal shoulder dystocia:a review of 56 cases reported to the Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;**105**:1256-61.
33. Gonik B ZNGMJ. Defining forces that are associated with shoulder dystocia:the use of a mathematic dynamic computer model. *Am J Obstet Gynecol* 2003;**188**:1068-72.
34. Gurewitsch ED DMSSMPAAALeal. Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia: a comparison of outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2004;**191**:911-6.
35. Nocon JJ MDTLHR. Shoulder dystocia: an analysis of risks and obstetric maneuvers. *AmJ Obstet Gynecol* 1993;**168**:1732-9.
36. Hinshaw K. Shoulder dystocia. 2003.
37. Gonik B SCHB. An alternate manuevere for management of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1983;**145**:882-4.
38. Buhimschi CS BIMAWCP. Use of McRoberts' position during delivery and increase in pushing efficiency. *Lancet* 2001;**358**:470-1.
39. Bruner JP DSMAGI. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med* 1998;**43**:439-43.
40. Rubin A. Management of shoulder dystocia. *JAMA* 1964;**189**:835-7.
41. Baxley EG GRW. Shoulder dystocia.ALSO series. *AmFam Physician* 2004;**69**:1707-14.
42. Naef RW 3rd MJ. Guidelines for management of shoulder dystocia. *J Perinatol* 1994;**14**:435-41.
43. O'Leary JA LH. .Shoulder dystocia:prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1990;**162**:5-9.
44. McFarland MB LOPJBMD. Perinatal outcome and the type and number of maneuvers in shoulder dystocia. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;**55**:219-24.
45. Poggi SH SCARH. Prioritizing posterior arm delivery during severe shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 2003;**101**:1072.
46. Sandberg EC. The Zavanelli maneuver: a potentially revolutionary method for the resolution of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1985;**152**:479-84.
47. Hartfield VJ. Symphysiotomy for shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1986;**155**:228.
48. Van Roosmalen J. Shoulder dystocia and symphysiotomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;**59**:115-6.
49. Wykes CB JTP-BSJRB. Symphysiotomy: a lifesaving procedure. *BJOG* 2003;**110**:219-21.
50. Goodwin TM BEMLPJP. Catastrophic shoulder dystocia and emergency symphysiotomy. *Am J Obstet Gynecol* 1997;**177**:463-4.
51. Deering S PSMCGRSAJ. Improving resident competency in the management of shoulder dystocia with simulation training. *Obstet Gynecol* 2004;**103**:1224-8.
52. Crofts JF AGRMSTDTJ. Shoulder dystocia training using a new birth training mannequin. *BJOG* 2005;**112**:997-9.

ავტორთა ჯგუფი –

საქართველოს მეან-ბინეკოლოგთა ასოციაცია

- ⇒ თენგიზ ასათიანი – მეან-გინეკოლოგი, თსსუ პოსტდიპლომური სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიონალური განვითარების ინსტიტუტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი;
- ⇒ პლატონ მაჭავარიანი – მეან-გინეკოლოგი, თსსუ მეანობა გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი;
- ⇒ ნინო მაჭავარიანი – მეან-გინეკოლოგი, მმკ.

მსპრტები:

- ⇒ **სიმონ ღოღობერიძე** - მმკ, თ.ს.უ-ს მეანობა-გინეკოლოგიის კათედრის ასოცირებული პროფესორი, შ.პ.ს “ჰერა“-ს სამშობიარო სახლის მთავარი ექიმი
- ⇒ **დავით გაგუა** - მმკ, სამშობიარო სახლი “ორიონის” დირექტორი;
- ⇒ **ლელა წოწორია** – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ **თეა თავიდაშვილი** – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.