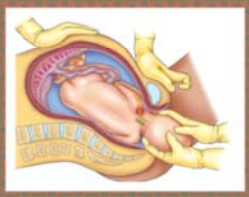
Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

DOĞUŞDA ÇİYİNLƏRİN DİSTOSİYASI ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2014

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 13 may 2014-cü il tarixli
23 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

DOĞUŞDA ÇİYİNLƏRİN DİSTOSİYASI ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

Bakı - 2014

57.1
D 70

D 70 Doğuşda çiyinlərin distosiyası üzrə klinik protokol, 2014 – 20 səh.

Bu klinik protokol ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi tərəfindən maliyyələşdirilən “Azərbaycanda Səhiyyənin Gücləndirilməsi” Layihəsinin dəstəyi ilə hazırlanmışdır.

Redaktor:

C.Məmmədov Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Tərtibçilər:

F.Əliyeva Səhiyyə Nazirliyinin baş mama-ginekoloqu, Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, dosent, t.f.d., RS/AP üzrə Milli Koordinator, tərtibçilər qrupunun rəhbəri

S.Quliyeva Azərbaycan Tibb Universitetinin II Mamalıq və ginekologiya kafedrasının dosenti, t.f.d.

V.Qurbanova Abt Associates, Azərbaycanda Səhiyyənin Gücləndirilməsi layihəsi, Ana və Uşaq sağlamlığı və Sübutlu təbabət üzrə mütəxəssis, t.f.d.

Ş.Qədimova Azərbaycan Tibb Universitetinin II Mamalıq və ginekologiya kafedrasının assistenti, t.f.d.

A.Babayeva Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq və ginekologiya kafedrasının assistenti

A.Bədəlova Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Mamalıq bölməsinin kiçik elmi işçisi

S.Məmmədli Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun həkim mama-ginekoloqu

S.Qazıyeva Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçilər:

E.Əliyeva Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq və ginekologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

H.Bağırova Azərbaycan Tibb Universitetinin II Mamalıq və ginekologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmalı, yaxud Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++ və ya +) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

Protokol mama-ginekoloqlar, neonatoloqlar və mamalar üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: hamilə qadınlar.

Protokol doğuşda çiyinlərin distosiyasının diaqnostika və idarə olunması üzrə sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

066 Digər çətinləşmiş doğuşlar

066.0 Çiyin distosiyası ilə bağlı çətinləşmiş doğuşlar

P11 Mərkəzi sinir sisteminin digər doğuş travmaları

P13 Skeletin doğuş travması

Çıxarılıb: onurğanın doğuş travması (P11.5)

P14 Periferik sinir sisteminin doğuş travması

P15 Digər doğuş travmaları

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Çiyinlərin distosiyası (ÇD) baş gəlişində vaginal doğuşların ağırlaşması kimi qiymətləndirilir. Bu zaman baş doğulduqdan sonra dölün çiyin qurşağı ilə kiçik çanağın çıxacaq ölçüsü arasındakı uyğunsuzluq nəticəsində ön çiyinin ananın simfizi altında ilişməsi baş verir. Distosiya zamanı çiyinlərin xaric olunması ≥60 saniyə ləngiyir və yüngül aşağıya doğru traksiyalar effektsiz olduğundan əlavə mamalıq yardımına ehtiyac yaranır.

ÇD yüksək perinatal xəstələnmə və ölüm halları, həmçinin ana travmatizmi ilə müşayiət olunur.

Epidemiologiya

ÇD-nin yayılma tezliyi *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* məlumatlarına əsasən 0,58-0,70%, digər mənbələrə görə 0,13-1,7% təşkil edir.

Bazu kələfinin travmaları (BKT) ÇD zamanı ən əsas ağırlaşmalardan biridir və 2,3-16% hallarda rast gəlinir **(C)**. Çox vaxt BKT uşaqların şikəstliyinə gətirib çıxarmır, lakin 10%-dən az hallarda uzun müddət davam edən nevroloji pozuntuya səbəb ola bilər. Ana tərəfdən baş verən ağırlaşmalar zahılıq dövrünün

qanaxmaları (11%), aralığın 3-cü və 4-cü dərəcəli cırılmaları (3,8%) və s. hesabına artır **(C)**.

Risk faktorları

Tibb işçiləri doğuşda ÇD-nin risk faktorlarını bilməli və hər zaman bu ağırlaşmaya hazır olmalıdırlar **(D)**. ÇD-nin antenatal və intranatal risk faktorları qeyd olunur (*Cədvəl 1*).

Şəkərli diabetli analardan doğulan yenidoğulmuşlarda ÇD riski sağlam analardan eyni çəkidə doğulanlarla müqayisədə 2-4 dəfə yüksəkdir **(C)**.

Dölün təxmini çəkisinin ultrasəs müayinə (USM) vasitəsilə proqnozlaşdırılması etibarlı hesab olunmur **(C)**. 48-50% hallarda ÇD dölün çəkisi normal olduğu hallarda yaranır.

***Cədvəl 1*. ÇD-nin risk faktorları**

Antenatal (doğuşdan əvvəl)	**İntranatal (doğuş zamanı)**
▶ Əvvəlki doğuşlar zamanı ÇD	▶ Doğuşun birinci dövrünün aktiv fazasının uzanması
▶ Makrosomiya >4,5 kq	▶ Doğum fəaliyyətinin ikincili zəifliyi
▶ Şəkərli diabet	▶ Doğuşun ikinci dövrünün uzanması (gücvermə zəifliyi)
▶ Doğan qadının qısa boylu olması	▶ Oksitosin dozasının yüksək olması
▶ Çanağın inkişaf anomaliyaları	▶ Baş gəlişində doğuş zamanı mamalıq yardımları (mamalıq maşaları, vakuum-ekstraktor)
▶ Ananın bədən çəkisi indeksinin >30 kq/m^2 olması	
▶ Doğuşun induksiyası	

ÇD tibb işçiləri tərəfindən doğan qadına erkən güc verdirildiyi zaman və başın böyük qüvvə ilə ehtiyatsız traksiyaları aparıldıqda, eləcə də döl başının mövqeyinin əksi istiqamətdə fırladılması zamanı yarana bilər.

ÇD-nin qarşısının alınması

ÇD-nin risk faktorlarının qiymətləndirilməsi proqnostik baxımdan az effektlidir və yalnız 16% hallarda baş verəcək ağırlaşmanı bildirir **(C)**.

ÇD-nin risk faktorlarının qiymətləndirilməsi əksər hallarda ağırlaşmaların profilaktikası üçün kifayət deyil (C).

Bununla yanaşı, ÇD-nin qarşısının alınması məqsədilə aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır:

- Hamiləlik zamanı qadının çəkisinə və qanda şəkərə nəzarət edilməlidir
- Doğuş zamanı qadına sərbəst (alternativ) vəziyyət verilməlidir
- Şəkərli diabetli qadınlarda yetişmiş hamiləlik tam 38 həftədən sonra planlı şəkildə doğuşun induksiyası **(B)** və ya qeysəriyyə kəsiyi (QK) əməliyyatı vasitəsilə başa çatdırıla bilər. Bu taktikanın seçilməsində məqsəd şəkərli diabet fonunda dölün başla çiyin ölçüləri arasında disproporsiyanın getdikcə artmasının qarşısının alınmasıdır
- Şəkərli diabetli qadınlarda (müalicədən asılı olmayaraq) dölün çəkisi ≥4500 qram olduqda ana və uşaq xəstələnməsi ehtimalını azaltmaq məqsədilə planlı QK əməliyyatı aparılmalıdır **(D)**
- Anamnezdə əvvəlki doğuşlarda ÇD olduqda, növbəti doğuşlarda ÇD-nin yaranma riski 1-25% təşkil edir (bu da anamnezində ÇD olmayan qadınlara nisbətən 10 dəfə çoxdur). Belə qadınlarda rutin olaraq planlı QK əməliyyatı aparılmır, doğuşun vaginal və ya QK əməliyyatı ilə başa çatdırılması vəziyyətdən asılı olaraq seçilməlidir **(D)**
- Anamnezdə ÇD nəticəsində ağır neonatal və ana travmaları olduqda, hazırkı hamiləliyi QK əməliyyatı vasitəsilə başa çatdırılması məsləhət görülür **(D)**

Diaqnostika

Doğuşda iştirak edən bütün tibb işçiləri diqqətli olmalıdırlar ki, aşağıda göstərilən hallarda ÇD ehtimalını nəzərdən qaçırmasınlar:

- üzün və çənənin çətin doğulması
- baş doğulduqdan sonra boyun vulvar həlqə ilə kip sıxılır və arxaya aralığa doğru dartılır – "tısbağa" simptomu
- zəif, ehtiyatlı traksiyalar çiyinlərin doğulması ilə nəticələnmir

ÇD diaqnozunun qoyulması üçün çanaq oxu boyunca rutin traksiyalar icra oluna bilər, bu zaman digər dartma hərəkətləri tətbiq olunmamalıdır **(D)**. Rutin traksiyalar dedikdə normal vaginal doğuş zamanı çiyinlərin doğulması (başla ön çiyinin birgə doğulması) üçün istifadə olunan standart güclü traksiyalar nəzərdə tutulur. Çiyinlərin zorla çıxarılması məqsədilə dölün başı və boynundan kobud dartılması, uşaqlıq dibinə təzyiq **(D)** neonatal ağırlaşmalara, uşaqlığın cırılmasına və ən əsası – qiymətli dəqiqələrin itirilməsinə səbəb olur. Əgər rutin traksiyaların tətbiqi ilişmiş çiyinin doğulması ilə nəticələnmirsə, onda tibb işçisi xüsusi doğuşayardım üsullarına keçməlidir. Çiyinlərin daha da artıq pərçim olmaması üçün aktiv gücənmələrdən çəkinmək lazımdır.

ÇİYİNLƏRİN DİSTOSİYASININ İDARƏ OLUNMASI

ÇD-nin idarə olunması perinatal nəticələri yaxşılaşdırmaq məqsədilə dəqiq təyin olunmuş və sistemləşdirilmiş metodika üzrə həyata keçirilir **(D)** (*Alqoritm*).

ÇD zamanı yardım tədbirləri komanda şəklində yanaşmanı və üsulların ardıcıl tətbiqini nəzərdə tutur. Hər üsulun icrasına 30 saniyədən 60 saniyəyədək vaxt ayrılması tövsiyə olunur. Göstərilən bütün üsullar 3 əsas məsələdən birinin həllinə yönəlir:

1. Ananın çanaq çıxacağının ölçüsünün artırılması
2. Dölün çiyinlərarası diametrinin kiçilməsi
3. Dölün ön çiyininin çanağın düz ölçüsündən daha geniş çəp ölçüsünə döndərilməsi

Əsas şərt – TƏLAŞA DÜŞMƏMƏK!

Başın doğulma vaxtını qeyd etmək lazımdır – sizin 5 dəqiqəniz var; məhz bu müddət ərzində dölün ağır hipoksik – işemik zədələnməsi, asfiksiyası və ya ölüm riski aşağıdır.

▸ **<u>Yardıma çağırış</u>**

ÇD təyin edildikdən dərhal sonra lazımi avadanlıqla birgə əlavə personalın (ən azı 2 mütəxəssisin) çağırılması vacibdir **(D)**:

- ✓ doğum şöbəsinin məsul həkimi, cərrahi bacarığa malik olan təcrübəli mama-ginekoloq

- ✓ təcrübəli mamalar
- ✓ neonatoloqlar və anesteziologların reanimasiya briqadası

Göstərilən yardımın effektivliyi və tezliyi üçün köməyə gələn briqadaya problem dəqiq və aydın "ÇİYİNLƏRİN DİSTOSİYASI" kimi təqdim olunmalıdır.

- **Epiziotomiyanın vacibliyinin qiymətləndirilməsi**

ÇD zamanı ilişmə sümük mənşəli maneə ilə əlaqəli olduğu üçün sadəcə yumşaq toxumaların kəsilməsi – epiziotomiya – çiyinin azad olmasına gətirib çıxarmır. Epiziotomiyanın aparılması mütləq deyil **(D)**. O, yalnız daxili döndərmələrin icrası məqsədilə ginekoloqun əllərinə əlavə sahənin təmin edilməsi üçün lazım ola bilər **(D)**. ÇD risk faktorları olduqda, epiziotomiyanın baş doğulana qədər aparılması məsləhətdir, çünki dölün başı aralığın toxumalarına sıxıldığı zaman epiziotomiyanın aparılması çətinləşir.

- **Mak-Roberts üsulu**

Mak-Roberts üsulu sadə, tez icra olunan effektiv üsul olduğu üçün ilk növbədə istifadə olunmalıdır. ÇD zamanı üsulun effektivliyi 90% təşkil edir.

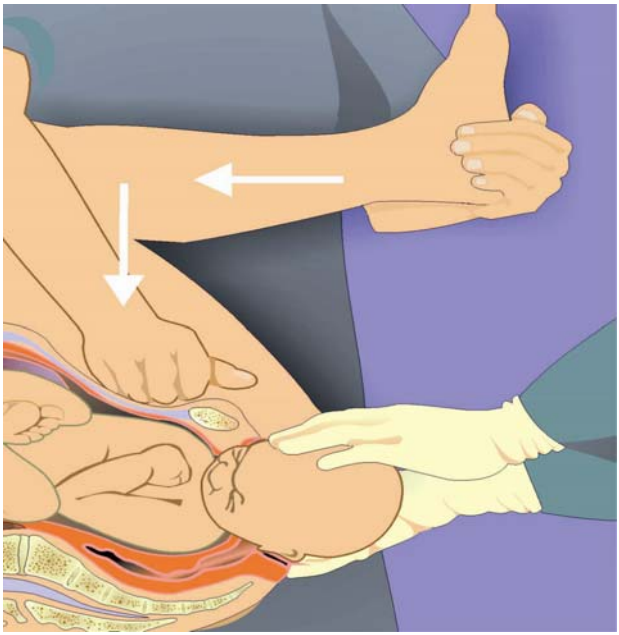
Üsulun yerinə yetirilməsi üçün ananın ayaqları bud-çanaq oynağında bükülür, bu zaman budlar qarına sıxılmış olur. Kiçik çanaq çıxacağının düz ölçüsü bir qədər artır (fizioloji bel-oma lordozu düzləşir). Dölün onurğa sütununun əlavə bükülməsi baş verir. Üsulun effektivliyini qiymətləndirmək (çiyinlərin azad olub-olmamasını yoxlamaq) məqsədilə dölün başından çanaq oxu boyunca rutin traksiyalar icra olunmalıdır **(D)** (*Şəkil 1*).

- **Qasıqüstü təzyiq**

Qasıqüstü təzyiq Mak-Roberts üsulunun effektivliyini artırmaq məqsədilə istifadə edilməlidir (D). *30-60 saniyə* ərzində köməkçi qasıq nahiyəsinə ehtiyatla təzyiq etməlidir; bu zaman doğuşu qəbul edən həkim dölün doğulması üçün rutin traksiyaları davam etdirməlidir. Təzyiq ön çiyinin yerləşmə nahiyəsi üzərinə yönəlməlidir (bilavasitə simfizin özünə yox!). Köməkçi ön çiyinə təzyiqi dölün kürəyi tərəfindən aparmalıdır; əllərin vəziyyəti ürəyin düz masajında olduğu kimi olmalıdır.

Qasıqüstü təzyiq biakromial diametri kiçildir və dölün ön çiyinini çanağın daha geniş çəp ölçüsünə döndərir. Çiyinin əlavə sinəyə

doğru gətirilməsi, azacıq önə doğru dönməsi və simfiz altından itələnməsi baş verir (*Şəkil 1*). Üsulun effektivliyini qiymətləndirmək (çiyinlərin azad olub-olmamasını yoxlamaq) məqsədilə dölün başından çanaq oxu istiqamətində adi (rutin) traksiyalar icra olunmalıdır.



Şəkil 1. Mak-Roberts üsulu və qasıqüstü təzyiq
(*American Academy of Family Physicians. Advanced Life Support in Obstetrics, 2006*)

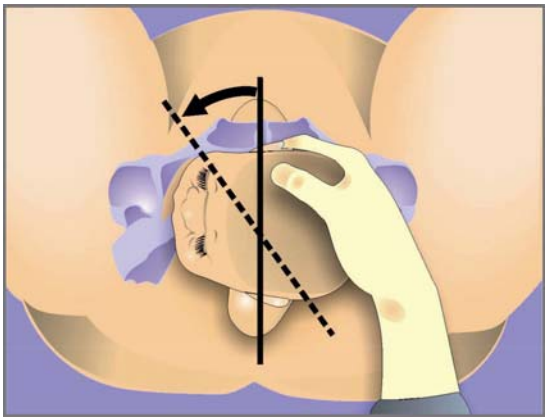
Əgər sadə üsullar effekt vermirsə (qasıqüstü təzyiq və rutin traksiyalar nəticəsində ön çiyin azad olmursa) növbəti üsulların aparılmasına keçmək lazımdır **(D)**. Bu halda seçim aparılmalıdır: intravaginal üsullara keçmək və ya doğan qadını diz-dirsək vəziyyətinə çevirmək.

Tibb işçiləri bu və ya digər üsulun seçimi zamanı şəxsi professional hazırlıq səviyyələrini, klinik təcrübələrini və yaranmış vəziyyəti nəzərə alaraq qərar qəbul etməlidirlər (D).

- **Daxili döndərmələr**

İntravaginal üsullar dölün ön çiyninin ananın simfizi altında dönməsi məqsədi ilə aparılır.

1. **Rubin üsulu** zamanı həkim bir əlin barmaqlarını uşaqlıq yoluna ön çiyinin arxa tərəfindən yeritməklə çiyini dölün döş qəfəsi istiqamətində önə tərəf itələməyə çalışır (*Şəkil 2*). Üsulun məqsədi – çiyini sinəyə doğru gətirmək və beləliklə dölün çiyin qurşağının diametrinin azaldılmasına nail olmaqdır. Daha yaxşı nəticə əldə etmək üçün Rubin üsulunu Mak-Roberts üsulu ilə birgə aparmaq lazımdır.

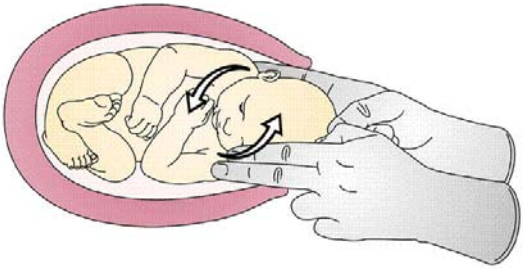


Şəkil 2. Rubin üsulu

(*American Academy of Family Physicians. Advanced Life Support in Obstetrics, 2006*)

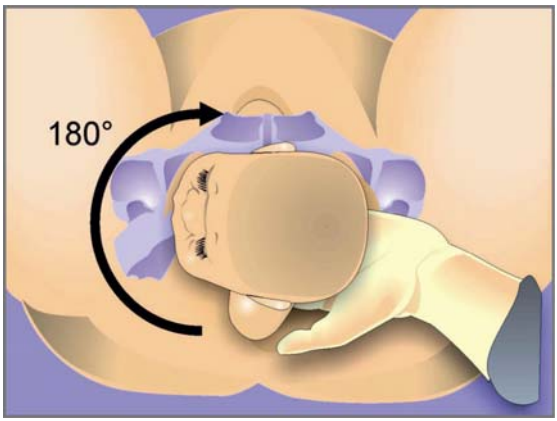
2. Rubin üsulundan effekt olmadıqda, **Rubin üsulunun Vuds "vinti" ilə birgə** aparılmasına keçmək lazımdır. Bunun üçün ikinci əlin barmaqlarını uşaqlıq yoluna yeritməklə arxa çiyinə öndən (sinə tərəfdən) yanaşmaq lazımdır. Bu üsulların birgə icrası zamanı bir əlin iki barmağı ön çiyinin arxasında, ikinci əlin iki barmağı isə – dölün arxa çiyininin önündə yerləşir. Rubin üsulu yalnız ön çiyinin gətirilməsi və bükülməsinə yönəlir, halbuki Vuds üsulu arxa çiyinin çəkilib-açılmasına kömək edir. Bu səbəbdən iki üsulun birgə icrası tək üsulun icrasından daha effektli ola bilər. Nəticədə çiyinlər "vintin" fırlanmasını xatırladan hərəkət edərək dönür və döl doğulur (*Şəkil 3*).

Vuds “vinti” üsulun aparılması zamanı həkimin ikinci əlinin yeridilməsi və arxa çiyinə çatması üçün geniş epiziotomiya və ya perineotomiya tələb olunduğu halda, Rubin üsulu, adətən, epiziotomiya aparılmadan icra edilə bilər.



Şəkil 3. Rubin üsulu Vuds “vinti” ilə birgə
(*Munro Kerr’s Operative Obstetrics, 11-th edition, Elsevier Ltd, 2007*)

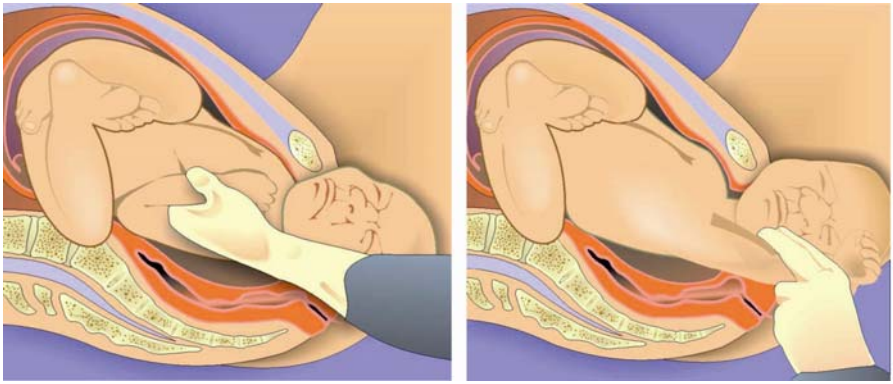
3. Rubin və ya Vuds üsulu effekt verm̈ədikdə, **əks-Vuds “vintini”** istifadə etmək olar. Bu zaman həkimin əli dölün arxa çiyininə arxadan yanaşır və çiyinə Vudsun düz “vintinə” əks istiqamətində təzyiq göstərməyə çalışır. Pərçim olmuş çiyinlərin ananın çanağının düz ölçüsündən çəp ölçüsünə döndərilməsi baş verir, nəticədə çiyinlərin ilişməsi aradan qaldırılır və dölün doğulması mümkün olur (*Şəkil 4*).



Şəkil 4. Əks-Vuds “vinti” üsulu
(*American Academy of Family Physicians. Advanced Life Support in Obstetrics, 2006*)

- **Arxa əlin çıxarılması**

Arxa əlin çıxarılması dölün çiyinlərinin diametrini kiçildir. Bu vaxt döl çanağın oma çuxuruna doğru sürüşür, bu da ön çiyinin azad olmasına imkan verir (*Şəkil 5*). Bu üsulun icrası üçün həkim əlini doğuş yollarına dərin yeridərək dölün arxa əlini tapmağa çalışmalıdır. Dölün qolunu tapdıqda, həkim onu dirsək oynağında bükərək döş qəfəsinin ön divarı üzrə çıxarmalıdır. Əlin yuxarı bazu hissəsini tutub dartmaq olmaz, çünki bu bazu sümüyünün sınmasına səbəb olur (2-12% hallarda) **(D)**. Əvvəlcə arxa qol və əl, sonra isə bazu çıxarılmalıdır. Bir çox hallarda əl azad olduqdan sonra döl simfiz altından çıxaraq doğulur.



Şəkil 5. Arxa əlin çıxarılması

(*American Academy of Family Physicians. Advanced Life Support in Obstetrics, 2006*)

- **Doğan qadının diz-dirsək vəziyyətinə döndərilməsi**

Doğan qadın döndərilməlidir, sonra diz-dirsək və ya "iməkləmə" vəziyyətini almalıdır. Bu zaman kiçik çanağın düz ölçüsü böyüyür, həqiqi mamalıq konyuqatası 10 mm artır, kiçik çanaq çıxacağının sagital proyeksiyada diametri isə 20 mm artır.

Çox vaxt doğan qadın diz-dirsək vəziyyətinə döndərildiyi zaman artıq dölün çiyini azad olur. Bu onu göstərir ki, belə hərəkət özlüyündə çanaq ölçülərinin böyüməsi və ilişmiş çiyinin azad olması üçün effektiv üsul ola bilər. Döndərmə başa çatdıqda və qadın diz-dirsək vəziyyətini aldıqda cazibə qüvvəsinin təsiri altında çanağın

ölçüsü əlavə olaraq bir qədər artır ki, bu da çiyinin azad olmasına kömək edir. Aşağıya doğru ehtiyatlı traksiyalar edərək əvvəlcə arxa çiyin çıxarılır (buna həmçinin cazibə qüvvələri də şərait yaradır).

Qeyd olunan üsul təhlükəsiz və 83% hallarda effektiv sayılır **(D)**.

Bu üsulun istifadəsi haqqında qərar qəbul edildikdə fərdi yanaşma tövsiyə olunur. Epidural anesteziya istifadə olunmadığı halda arıq və hərəkətli qadınların doğuşu zamanı yalnız bir yardımçı mama iştirak etdikdə "imək̈ləmə" vəziyyəti daha məqsədəuyğun hesab olunur. Epidural anesteziya istifadə olunduğu halda az hərəkətli qadınlarda daxili döndərmələrin aparılması daha məqsədəuyğun sayılır **(D)**.

- **<u>Körpücük sümüyünün qəsdən sındırılması</u>**

Əgər sadalanan bütün üsullar müsbət nəticə vermirsə, çox nadir hallarda körpücük sümüyü qəsdən sındırılır.

ÇD zamanı ağırlaşmalar

ÇD ilə əlaqəli ana xəstələnməsi halları **(C)**:

- ✓ zahılıq qanaxmaları (11%)
- ✓ aralığın 3-cü və 4-cü dərəcəli cırılması (3,8%)
- ✓ uşaqlıq yolunun cırılması
- ✓ uşaqlıq boynunun cırılması
- ✓ sidik kisəsinin cırılması
- ✓ uşaqlığın cırılması
- ✓ simfizit, qasıq bitişməsinin aralanması və cırılması
- ✓ oma-qalça aralanması
- ✓ bud sinirinin nevriti – nevropatiyası (adətən, Mak-Roberts üsulunun aparılması ilə bağlı olur)

ÇD ilə əlaqəli perinatal və neonatal xəstələnmə halları:

- ✓ dölün hipoksiyası – geriyə dönməyən nevroloji zədələnmələrə və ölümə gətirib çıxara bilər **(D)**
- ✓ bazu kələfinin travmaları (2,3-16%) **(C)**
- ✓ Erba iflici – V-VI boyun sinirlərinin köklərinin zədələnməsi ilə bağlı olur (tez-tez rast gəlinir)
- ✓ Klumke iflici – C8-T1 sinir köklərinin zədələnməsi ilə bağlı olur (nadir hallarda)

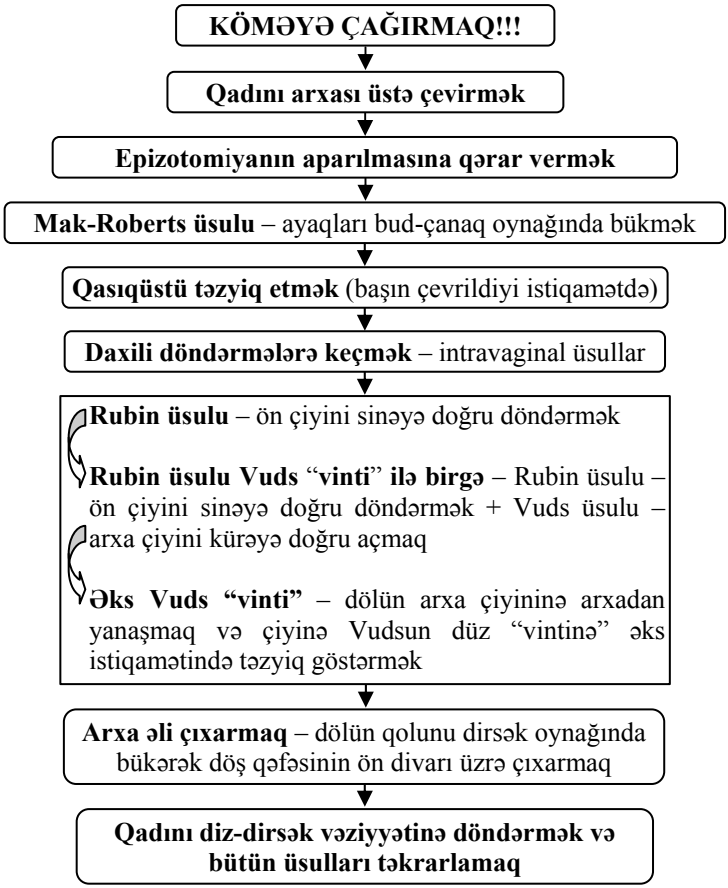
- ✓ uzunmüddətli nevroloji disfunksiya əlamətləri (10%-dən az hallarda) **(C)**
- ✓ bazu sümüyünün sınıqları (deformasiyaya uğramadan sağalır) və körpücük sümüyünün sınıqları **(D)**
- ✓ nadir hallarda – ağciyər və körpücükaltı damarların zədələnməsi (pnevmotoraks) **(D)**

ÇD zamanı sənədləşdirmənin aparılması

Doğuşda ÇD zamanı sənədləşmə dəqiq və tam olmalıdır.

ÇD zamanı doğum tarixində qeyd olunmalı məlumatlar: dölün başının doğulma vaxtı, dölün bədəninin doğulma vaxtı, icra olunmuş üsullar – onların ardıcıllığı və aparılmasına sərf edilmiş vaxt, doğuşdan sonra doğum yollarının müayinəsi (uşaqlıq yolu, aralıq), ümumi qanitirmə, yenidoğulmuşun ümumi vəziyyətinin Apqar şkalası üzrə qiymətləndirilməsi, neonatoloqun baxışının nəticəsi, yenidoğulmuşa göstərilən yardımın həcmi, həmçinin ÇD-nin idarə olunmasında iştirak edən tibb personalı haqqında qeydlər (vəzifə borclarının yerinə yetirilməsinin keyfiyyəti və vaxtında olub-olmaması).

Alqoritm. Çiyinlərin distosiyasında yardım



Ədəbiyyat

1. Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatı; 10-cu baxış.- I cild. - Cenevrə, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı. - 2002. - 470.
2. Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. - Bakı. - 2013. - 23.
3. A difficult birth: what is shoulder dystocia? - information for you. [Electronic resource]. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Date published: 01/11/2007. - Available at: http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/difficult - birth-what-shoulder-dystocia (19.12.2013).
4. American Academy of Family Physicians. [Electronic resource]**.** Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO). - 2006. - Available at: http://www.aafp.org/about/initiatives/also.html (19.12.2013).
5. Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman. National Institute for Health and Clinical Excellence. [Electronic resource]. Clinical Guideline 62. London: NICE. - March, 2008. - Available at: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/ 40111/40111.pdf (19.12.2013).
6. Elizabeth G. Baxley, Robert W.Gobbo. Shoulder Dystocia. [Electronic resource]. American Family Physician. - 2004. 69(7):1707-1714. - Available at: http://www.aafp.org/afp/2004/ 0401/p1707.html (19.12.2013).
7. Gherman RB at al. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. [Electronic resource]. Am J Obstet Gynecol. - 2006 Sep;195(3):657-72 // Review. Epub 2006. - Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16949396 (19.12.2013).
8. Guideline for Registered Nurses. Perinatal Services BC.Core Competencies and Decision Support Tools. [Electronic resource]. 8B. Obstetrical Emergencies-Shoulder Dystocia. 2nd Edition. - 2011.- 81. - Available at: http://www.perinatalservicesbc.ca /NR/rdonlyres/578B4507-3801-4553-8D88-7BEE61D1C7FD/0/ CoreCompMngmentofLabourWholeDocument.pdf (19.12.2013).
9. Leslie Iffy et al. The risk of shoulder dystocia related permanent fetal injury in relation to birth weight. [Electronic resource]. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive

Biology 136. - 2008. - 53-60. - Available at: http://www.ejog.org/article/S0301-2115(07)00091-7/abstract (19.12.2013).
10. H.Lerner. Shoulder dystocia - Facts, Evidence and Conclusions. [Electronic resource]. - 2004. - Available at: http://shoulderdystociainfo.com/shoulder_dystocia.pdf (19.12.2013).
11. Leung TY et al. Comparison of perinatal outcomes of shoulder dystocia alleviated by different type and sequence of manoeuvres: a retrospective review. [Electronic resource]. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2011. - 118:985-90. - Available at: http://www.ncbi.nlm. nih.gov/pubmed/21481159 (19.12.2013).
12. Mazouni C, et al. Maternal morbidity associated with obstetrical maneuvers in shoulder dystocia. [Electronic resource]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. - 2006. - 129(1):15-8. Epub 2005. - Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16338049 (19.12.2013).
13. Munro Kerr's Operative Obstetrics, 11-th edition. - Elsevier Ltd. - 2007.
14. S.Politi et al. Shoulder dystocia: an Evidence-Based approach. [Electronic resource]. Journal Prenatal Medicine. – 2010. - 4(3): 35-42. - Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279180/ (19.12.2013).
15. Shoulder Dystocia. American Academy of Family Physicians. Advanced obstetric life support (ALSO). - 2006.
16. Shoulder Dystocia. Green-top Guideline № 42. [Electronic resource]. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. 2nd edition. - 2012. - Available at: http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG42_25112013.pdf (19.12.2013).
17. Timothy J.Draycott. Improving Neonatal Outcome Through Practical Shoulder Dystocia Training. [Electronic resource]. Obstetrics & Gynecology. - 2008. - 112:14-20. - Available at: https://ps.mcic.com/appdocs/lps/Shoulder%20dystocia%20training%20JPNN%202008.pdf (19.12.2013).
18. "Дистоция плечиков". Клинический акушерский протокол. [Электронный ресурс]. Институт Здоровья семьи. Проект "Мать и дитя". - Москва, 2012. - Режим доступа: http://www.ifhealth.ru/news/2028.html (19.12.2013).