

Врз основа на член 114-а од Законот за здравствената заштита ("Службен весник на Република Македонија", бр. 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05, 111/05, 65/06, 5/07, 77/08, 67/09 и 88/10), министерот за здравство донесе

Упатство за начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на постапките при рамената дистокија

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на постапките при рамената дистокија.

Член 2

Начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на Постапките при рамената дистокија е даден во Прилог 1, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

За секој поединечен случај, по сопствена оценка, докторот може да отстапи од одредбите на ова упатство во секоја фаза од третманот на пациентот, со соодветно образложение за потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот.

Потребата за отстапување и оценката од став 1 на овој член од страна на докторот соодветно се документира во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се применува две години од денот на неговото влегување во сила.

МИНИСТЕР
д-р Бујар ОСМАНИ

Постапки при рамена дистокија

Рамена дистокија е состојба при породување која бара дополнителни акушерски маневри за ослободување на рамената кога нежна тракција кон долу е неуспешна. Настанува кога предното, или поретко задното рамо се судрува со мајчината симфиза или сакралниот промонториум.

Инциденца е околу 0,6% во Северна Америка и Велика Британија. Може да има висок перинатален морбидитет и морталитет при оваа состојба дури и ако се менаџира правилно. Мајчиниот морталитет е зголемен, особено постпартална хеморагија (11%) и перинаелани руптури од четврти степен (3,8%). Нивната инциденца е непроменета со маневрите кои се спроведуваат за успешно породување.

Една од најважните фетални компликации од рамена дистокија е повреда на plexus Brachialis која комплицира 4-16% од ваквите раѓања. Овие повреди се независни од искуството на акушерот. Најголем дел од случаите се разрешуваат без траен инвалидитет, а помалку од 10% се со постојана дисфункција на брахијалниот плексус. Во Велика Британија инциденцата на повреди на брахијалниот плексус изнесува 1/2300 живородени и е најчеста причина за судски спорови поврзани со рамена дистокија. Постојат значајни докази дека не само прекумерна тракција на акушерот, туку и мајчините напони може да допринесат за дел од повредите.

Дали рамена дистокија може да се предвиди?

ПРОЦЕНКИТЕ НА РИЗИКОТ ЗА ПРЕДИКЦИЈА НА РАМЕНА ДИСТОКИЈА СЕ НЕДОВОЛНО ПРЕДВИДУВАЧКИ ЗА ДА ОВОЗМОЖАТ ИЗБЕГНУВАЊЕ НА НАЈГОЛЕМ ДЕЛ ОД СЛУЧАИТЕ. [Б]

ТАБЕЛА 1 ФАКТОРИ АСОЦИИРАНИ СО РАМЕНА ДИСТОКИЈА

ПРЕД ПОРОДУВАЊЕ	ИНТРАПАРТУМ
Претходна рамена дистокија Макросомија дијабетес мелитус Индукција на породување	Пролонгирано прво родилно време Секундарен застој Пролонгирано второ родилно време Стимулација со окситоцин Асистирано вагинално породување

Според податоците, рамената дистокија во најголема мерка е непредвидлив и неспречлив настан.

ЛЕКАРИТЕ МОРА ДА БИДАТ СВЕСНИ ЗА ПОСТОЕЧКИТЕ РИЗИЦИ И СЕКОГАШ ДА БИДАТ ПОДГОТВЕНИ ДЕКА РАМЕНА ДИСТОКИЈА МОЖЕ ДА НАСТАПИ ПРИ СЕКОЕ РАЃАЊЕ. [ГПЦ]

ПРЕВЕНЦИЈА

Менаџирање на суспектна фетална макросомија

Дали индукција на породување превенира рамена дистокија?

НЕМА ДОКАЗИ ВО ПОДДРШКА НА ИНДУКЦИЈА НА ПОРОДУВАЊЕ КАЈ БРЕМЕНОСТ ВО ТЕРМИН БЕЗ ДИЈАБЕТЕС, НО СО МАКРОЗОМЕН ФЕТУС [А]

ИНДУКЦИЈА НА ПОРОДУВАЊЕ КАЈ ЖЕНИ СО ДИЈАБЕТЕС НЕ ГИ РЕДУЦИРА МАЈЧИНИОТ И НЕОНАТАНИОТ МОРБИДИТЕТ КОИ СЕ РЕЗУЛТАТ НА РАМЕНА ДИСТОКИЈА. [А]

Дали треба да се препорача елективен царски рез при сомнение за фетална макросомија?

НЕ СЕ ПРЕПОРАЧУВА ЕЛЕКТИВЕН ЦАРСКИ РЕЗ ЗА РЕДУКЦИЈА НА ПОТЕНЦИЈАЛНИОТ МОРБИДИТЕТ КАЈ БРЕМЕНОСТИ БЕЗ ДИЈАБЕТЕС СО СОМНЕНИЕ ЗА ФЕТАЛНА МАКРОСОМИЈА. [Ц]

КАЈ БРЕМЕНИ СО ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС И СУСПЕКТНА ФЕТАЛНА МАКРОСОМИЈА, ТРЕБА ДА СЕ РАЗМИСЛИ ЗА ЕЛЕКТИВЕН ЦАРСКИ РЕЗ СО ЦЕЛ РЕДУКЦИЈА НА ПОТЕНЦИЈАЛНИОТ МОРБИДИТЕТ. [Ц]

Претходна рамена дистокија

Кој е правилниот начин за породување после претходен случај на рамена дистокија?

МОЖЕ ДА БИДЕ СО ЦАРСКИ РЕЗ НО И ПО ВАГИНАЛЕН ПАТ. ОДЛУКАТА ТРЕБА ДА ЈА ДОНЕСАТ ПАЦИЕНТКАТА И НЕЈЗИНИОТ ЛЕКАР. [ГПЦ]

Менаџирање Интрапартум

Кој мерки треба да се преземат кога се очекува рамена дистокија?

АКО СЕ ОЧЕКУВА РАМЕНА ДИСТОКИЈА, НЕКОИ ПОДГОТОВКИ МОЖЕ ДА ПОМОГНАТ. [ГПП]

Високоризичните случаи се опишани во Табела 1. Кај овие случаи, во тек на второ родилно време, во родилна сала мора да биде присутен искусен акушер. Сепак се смета дека сите случаи не може да се предвидат и затоа сите лекари присутни на раѓањето треба да бидат запознаени со техниките кои се употребуваат за да се забрза и олесни породувањето врзано со рамена дистокија. **(Ннд-1b)**

Породување

Како се дијагностицира рамена дистокија?

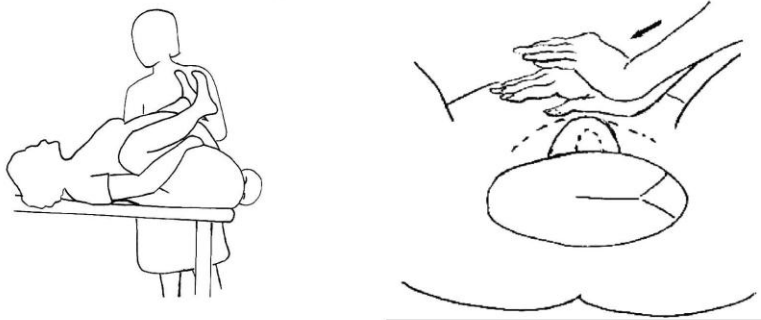
МОЖЕ ДА СЕ НАПРАВИ ОБИД СО РУТИНСКА ТРКАЦИЈА ВО АКСИЈАЛЕН ПРАВЕЦ ЗА ДА СЕ ДИЈАГНОСТИЦИРА РАМЕНА ДИСТОКИЈА. [ГПП]

Рутинска тракција е онаа која се користи за породување на рамото кај вагинално породување без потешкотии со рамената. Докази од студии со кадавери сугерираат дека латерална и надолна тракција полесно може да предизвикаат нервна авулзија и затоа треба да се избегнуваат во менаџирање на рамена дистокија. **ВРЕМЕНО РЕШАВАЊЕ НА РАМЕНА ДИСТОКИЈА ПОДРАЗБИРА БРЗО ПРЕПОЗНАВАЊЕ.**

Присутниот лекар во родилна сала треба рутински да внимава на:

- потешкоти во породувањеото на лицето и брадата
- главата останува цврсто прилепена до вулвата или се враќа наназад
- неуспех во реституција на главата
- неуспех во спуштање на рамената **(Ннд-IV)**

Слика 1. McRoberts-ов маневар



Употребата на **McRoberts маневар** наспроти литотомната позиција (Слика 1) пред клиничка дијагноза за рамена дистокија не ја намалува тракционата сила на феталната глава за време на вагинално породување кај повеќеротки. Затоа не се препорачува рутинска употреба за превенција од рамена дистокија. **(Ннд-1b)**.

Како треба да се менаџира рамена дистокија?

РАМЕНА ДИСТОКИЈА СЕ МЕНАѢИРА СИСТЕМАТСКИ. [ГПШ]

ПО ПРЕПОЗНАВАЊЕ НА РАМЕНА ДИСТОКИЈА ИТНО ДА СЕ ПОВИКА ДОПОЛНИТЕЛНА ПОМОШ. [ГПШ]

Во хоспитални услови вклучува дополнителна асистенција од сестра акушерка, акушер, педијатриски тим за реанимирање и анестезиолог. Родилката се советува да не напнува зошто напнувањето може да допринесе за понатамошен удар на рамената и влошување на состојбата. (Ннд-IV)

ПРИТИСОК НА ФУНДУС НЕ СЕ ПРАКТИКУВА!!! [Ц]

Асоциран со многу висок ризик на неонатални и матернални компликации (како руптура на утерус). (Ннд-IV)

ЕПИЗИОТОМИЈА НЕ Е ПОТРЕБНА ЗА СИТЕ СЛУЧАИ [Б]

Епизиотомијата не го намалува ризикот од повреда на плецус брацхиалис при рамена дистокија. (Ннд-III)

Треба да се размисли за епизиотомија како опција, но истата не е задолжителна. (Ннд-IV)

McROBERTS МАНЕВАРОТ Е САМОСТОЈНО НАЈЕФИКАСНА ИНТЕРВЕНЦИЈА И ТРЕБА ДА СЕ НАПРАВИ ПРВА [Б]

McRoberts маневарот (слика 1) подразбира флексија и абдукција на мајчинте колкови кон stomachot. Тоа го исправа лумбо-сакралниот агол, ја ротира мајчината карлица цефалично со што се зголемува утериниот притисок и амплитудата на контракции. Стапката на успех се проценува до 90%, со ниска стапка на компликации. (Ннд-III)

СУПРАПУБИЧЕН ПРИТИСОК Е КОРИСЕН [Ц]

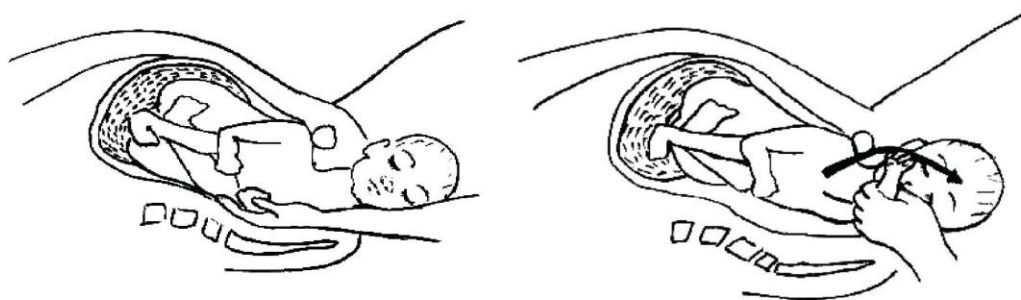
Супрапубичен притисок може да се примени заедно со McRoberts маневарот за да се подобри шансата за успех.

Супрапубичниот притисок го намалува биакромијалниот дијаметар и го турка предното рамо кон кос карличен дијаметар. Така рамото слободно може да се лизне под симфизата со помошна рутинска тракција. Надворешниот супрапубичен притисок се аплицира кон доле и латерално за да се избутка задниот дел на

предното рамо кон градите на фетусот (сл. 2). Ова се прави во временски интервал од 30 секунди. Не постои јасна разлика помеѓу континуран притисок или притисок со прекини. (Ннд-IV)

КОГА McROBERTS МАНЕВАРОТ И СУПРАПУБИЧНИОТ ПРИТИСОК СЕ НЕУСПЕШНИ, СЕ ПРИМЕНУВААТ СЛЕДНИ МЕТОДИ. [ГПП]

НЕМА ПРЕДНОСТ ПОМЕЃУ МАНЕВРИТЕ ЗА ОСЛОБОДУВАЊЕ НА ЗАДНОТО РАМО И ОНИЕ ЗА ВНАТРЕШНА РОТАЦИЈА - ЗАТОА КЛИНИЧКОТО ИСКУСТВО И ЗНАЕЊЕ ТРЕБА ДА БИДАТ ПРЕСУДНИ ПРИ ИЗБОРОТ. [ГПП]



Слика 3. Ослободување на задно рамо

Породување на феталните рамена може да се олесни со ротација на биакромијалниот дијаметар во кос пречник или ротација на трупот на фетусот за 180 степени. Породувањето може исто да се олесни со ослободување на задното рамо (сл. 3). Раѓањето на трупот ќе следи директно или по негова ротација. (Ннд-III)

Нема компаративни студии за овие два маневри, такашто самиот акушер зависно од искуството, тренингот и дадената состојба, треба да реши кој маневар ќе го примени.

Перзистентен неуспех на маневрите од прв и втор степен

Кои мерки се превземат ако има неуспех кај мерките од прв и втор степен?

МЕРКИТЕ ОД ТРЕТ СТЕПЕН БАРААТ ВНИМАТЕЛНО РАЗМИСЛУВАЊЕ КАКО БИ СЕ ИЗБЕГНАЛ НЕПОТРЕБЕН МАЈЧИН МОРБИДИТЕТ И МОРТАЛИТЕТ [ГПП]

Тешко е да се одреди временски лимит за менаџирање на рамена дистокија бидејќи нема податоци.

Неколку маневари од трет степен се опишани за случаи каде сите претходно споменати методи се неуспешни. Овие методи вклучуваат **клеидотомија**, **симфизиотмија** и **маневарот на Zavanelli**.

Цефаличен репласман на главата или маневарот **Zavanelli** и породување по царски рез се опишани но успехот варира. Маневарот на **Zavanelli** може да е најдобро прикладен при билатерална рамена дистокија каде обете рамена удират на карличниот влез, напред над симфизата и назад на сакрумот. Мајчината безбедност при оваа процедура е непозната. Во оваа фаза висок процент на фетусите имаат ирверзибилна хипоксија-ацидоза.

Симфизиотомија е предложена како потенцијално корисна процедура во развиениот и во земјите во развој. Сепак има висок процент на сериозен мајчин морбидитет и лош неонатален исход. Овие факти треба да се разгледаат внимателно, особено ако нема спроведено соодветен тренинг. (Ннд-III)

ПО РАЃАЊЕТО, ЛЕКАРОТ ТРЕБА ДА БИДЕ СПРЕМЕН ЗА МОЖНО ПОСТПАРТАЛНО КРВАВЕЊЕ И РУПТУРА НА ПЕРИНЕУМ ОД ТРЕТ/ЧЕТВРТ СТЕПЕН. [ГПШ]

Менаџирање на ризикот

Кои мерки треба да се спроведат за да се обезбеди оптимален менаџмент на рамена дистокија?

ТРЕНИНГ ЗА МЕНАѢИРАЊЕ НА РАМЕНА ДИСТОКИЈА ЗА ПЕРСОНАЛОТ КОЈ УЧЕСТВУВА ВО ВОДЕЊЕ НА РАЃАЊЕ. [ГПШ]

Препорака за високо ниво на будност и тренинг за сите лекари во родилни сали. Редовни годишни вежби за проверка на способностите при рамена дистокија.

Табела 2 The HELPERR mnemonic

H Call for **Help**
E Evaluate for **episiotomy**
L **Legs** (the McRoberts maneuver)
P Suprapubic **pressure**
E **Enter** maneuvers (internal rotation)
R **Remove** the posterior arm
R **Roll** the patient

Локалниот тренинг треба да вклучи систематски приод кон рамена дистокија. Има бројни примери во овој прилог како на пример мнемоникот **HELPERR** од American Life Support Organization (табела 2). Вежбите може да се изведуваат во секоја родилна сала со помош на кукли-фантоми. (Ннд-IV)

Документација

Како да се избегне судски процес ако настане рамена дистокија?

ПРЕЦИЗНА ДОКУМЕНТАЦИЈА ЗА ТЕШКО И ПОТЕНЦИЈАЛНО ТРАУМАТСКО ПОРОДУВАЊЕ Е ОД КЛУЧНО ЗНАЧЕЊЕ. [ГШЦ]

Потребно е внимателно да се документира:

- време на породување на главата
- позиција на главата
- маневри со точно време и редослед
- време на породување на телото
- присутните членови и време на нивно пристигнување
- кондицијата на новороденото (Апгар скор)
- рН на крв од arteria umbilicalis

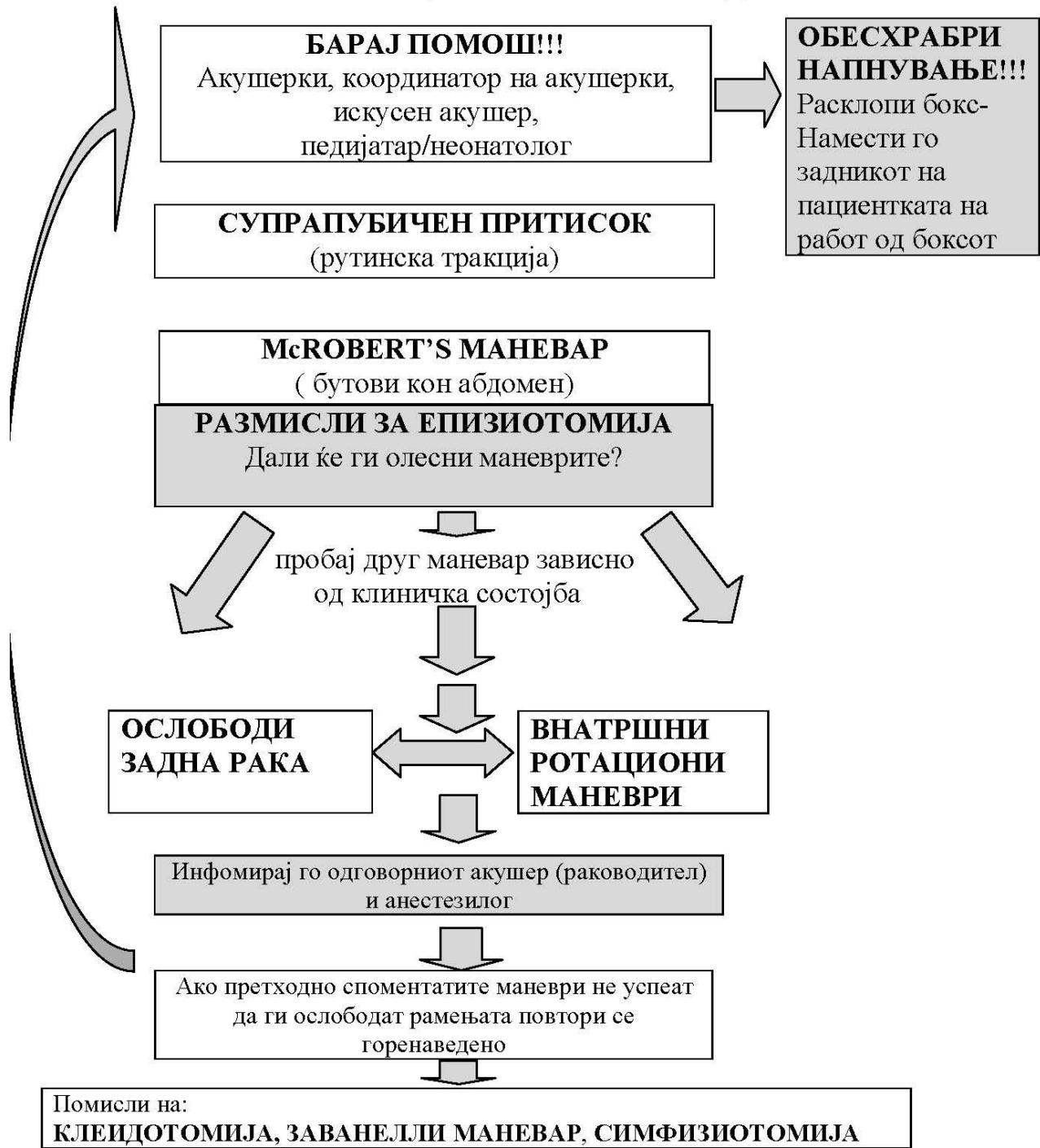
Од посебна важност е евиденција за позицијата на главата при породувањето, што овозможува идентификација на предно и задно рамо.

Јасни стандарди

- критична анализа на маневрите кои се користат при рамена дистокија
- документација на настанот
- број/процент на новородени со повреда на plexus brachialis
- присуство на здравствените работници на тренинг сесии поврзани со рамена дистокија

Прилог 1

АЛГОРИТАМ ЗА МЕНАЏМЕНТ НА РАМЕНА ДИСТОКИЈА



ПРЕГЛЕД НА НОВОРОДЕНОТО ОД НЕОНАТОЛОГ
ДОКУМЕНТИРАЈ И НАПИШИ ИЗВЕШТАЈ