

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**DOĞUŞDA ÇIYINLƏRİN
DİSTOSİYASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**
(2-ci nəşr, yenilənmiş)



**Bakı
2023**

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Elmi-Tibbi Şurasının 01 dekabr 2022-ci il tarixli
18 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**DOĞUŞDA ÇİYİNLƏRİN
DİSTOSİYASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL
(2-ci nəşr, yenilənmiş)**

Bakı - 2023

618.5
D70

D70 Doğuşda çiyinlərin distosiyası üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). B., 2023. – 20 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 13 may 2014-cü il tarixli 23 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Doğuşda çiyinlərin distosiyası üzrə klinik protokol”un yenilənmiş variantıdır.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

- Xayalə Təhməzi Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Mamalıq bölməsinin böyük elmi işçisi, mama-ginekoloq, tibb üzrə fəlsəfə doktoru
- Sevda Qazıyeva Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçi:

- Leyla Rzaquliyeva Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, tibb elmləri doktoru, professor

İxtisarların siyahısı

ÇD	Çiyinlərin distosiyası
BKT	Bazu kələfinin travmaları
QK	Qeysəriyyə kəsiyi

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

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 effektiv olmadığından əlavə mamalıq yardımına ehtiyac yaranır.

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

Epidemiologiya və patogeneza

ÇD yayılma tezliyi yenidə doğulmuşun çəkisindən asılı olaraq 0,2-3% təşkil edir. Belə ki, yenidə doğulmuşun çəkisi 2500,0 – 4000,0 q olduqda 0,6-1,4%, yenidə doğulmuşun çəkisi 4000,0 – 4500,0 q olduqda isə 5-9% rast gəlinir.

Normal halda doğuşun ikinci dövründə döl başının bükülərək doğulması zamanı, dölün çiyinləri kiçik çanağın çəp yaxud köndələn ölçüsünə müvafiq irəliləyir. Daha sonra isə çanaq boşluğunda

irəliləyərək daxili dönmə baş verir. Çiyinlərin daxili dönmə hərəkəti nəticəsində döl başının xarici dönməsi baş verir. Çiyinlər çanaq çıxacağına düz ölçüsünə uyğun yerləşdiyi anda doğumu idarə edən mama dölün başını ehtiyatla aşağı və arxa istiqamətdə hərəkət etdirməklə ön çiyinin qasıq sümüyündən keçməsinə, daha sonra təzyiq istiqamətini ehtiyatla əks tərəfə dəyişməklə arxa çiyinin doğulmasına yardım edir.

Təqribən 20% hallarda döl başının bükülmə və doğulması zamanı çiyinlər çanaq girəcəyinin düz yaxud bir qədər çəp ölçüsünə uyğun ölçüdə qalaraq, növbəti gücənmə zamanı çanaq boşluğuna doğru irəliləmir. Dölün çiyinləri bu vəziyyətdə ləngidiyindən dölün çanaq boşluğunda irəliləməsi dayanır. Bu zaman çox vaxt dölün ön çiyini qasıq bitişməsi arxasında ilişib qalır. Bəzən arxa çiyinin oma sümüyünə pərçim olması da baş verə bilər. Nadir hallarda da olsa bəzən hər iki, həm ön həm arxa çiyinin eyni vaxtda çanaq sümüklərinə pərçim olduğu duruma da rast gəlinir.

ÇD doğum zamanı mamalar tərəfindən tələskənlik hallarına yol verildikdə yarana bilər. Bəzi hallarda isə döl başının çanaq sümüklərinə uyğunsuzluğu, dar çanaq, iri döl kimi mamalıq patologiyaları olduqda da müşahidə edilə bilər.

Risk faktorları

ÇD-nin risk faktorlarının qiymətləndirilməsi proqnostik baxımdan az effektivdir və sadalanan risk faktorlarına əsasən, yalnız 16% hallarda baş verəcək ağırlaşmanı bildirir. 48%-də dölün çəkisi 4000 q-dan az olduqda ÇD müşahidə edilir. Beləliklə, ÇD -ni müəyyən bir vəziyyətdə əvvəlcədən proqnozlaşdırmaq və qarşısını almaq çətindir.

Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən təkrar doğuşlar zamanı ÇD təkrarlanması 1-25% halda baş verir. Şəkərli diabet, yaxud hestasion diabeti olan qadınlarda, döl çəkisi eyni olmasına baxmayaraq, sağlam qadınlarla müqayisədə ÇD 2-4 dəfə sıx rastlanır.

Dölün vakuüm ekstraksiyası zamanı ÇD tezliyi 2,7%, mamalıq maşalarının tətbiqi zamanı isə 3,4% halda baş verir.

Tibb işçiləri doğuşda ÇD-nin risk faktorlarını bilməli və hər zaman bu ağırlaşmaya hazır olmalıdırlar. Bu məqsədlə tibb işçilərinə doğuşyardım müəssisələrində bilik və bacarıqlarının

təkmilləşdirilməsi məqsədilə ildə iki dəfə ÇD zamanı yardım göstərilməsinə dair təlimlər keçmələri məsləhət görülür.

Dölnün təxmini çəkisinin ultrasəs müayinə (USM) vasitəsilə proqnozlaşdırılması etibarlı hesab olunmur. 48-50% hallarda ÇD dölnün çəkisi normal olduğu hallarda yaranır.

ÇD-nin antenatal və intranatal risk faktorları qeyd olunur (Cədvəl 1).

Cədvəl 1. ÇD-nin risk faktorları

<u>Antenatal (doğuşdan əvvəl)</u>	<u>İntranatal (doğuş zamanı)</u>
<ul style="list-style-type: none">▶ Əvvəlki doğuşlar zamanı ÇD▶ Makrosomiya >4,5 kq▶ Şəkərli diabet▶ Doğan qadının qısa boylu olması▶ Çanağın inkişaf anomaliyaları▶ Ananın bədən çəkisi indeksinin >30 kq/m² olması▶ Doğuşun induksiyası	<ul style="list-style-type: none">▶ Doğuşun birinci dövrünün aktiv fazasının uzanması▶ Doğum fəaliyyətinin ikincili zəifliyi▶ Doğuşun ikinci dövrünün uzanması (gücvərmə zəifliyi)▶ Oksitosin dozasının yüksək olması▶ Baş gəlişində doğuş zamanı mamalıq yardımları (mamalıq maşaları, vakuüm-ekstraktor)

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 əksər hallarda ağırlaşmaların profilaktikası üçün kifayət deyil.

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 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
- ▶ 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
- ▶ Anamnezdə ÇD nəticəsində ağır neonatal və ana travmaları olduqda, hazırkı hamiləliyi QK əməliyyatı vasitəsilə başa çatdırılması məsləhət görülür.

Diaqnostika

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

- ▶ uzun 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. 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 neonatal ağırlaşmalara, uşaqlığın cırılmasına və ən əsası – qiymətli dəqiqələrin itirilməsinə səbəb olur. Əgər rutin traksiyaların tətbiqi ilişmiş çiyinin doğulması ilə nəticələnərsə, onda tibb işçisi xüsusi doğuşyardım 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 (*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. Üsul 30-60 saniyə ərzində təsirsiz olarsa, növbəti müdaxiləyə keçmək tövsiyə olunur.

Göstərilən bütün üsullar 3 əsas məsələdən birinin həllinə yönəlir:

1. Ananın çanaq çıxacağıının ölçüsünün artırılması
2. Dölnün çiyinlərarası diametrinin kiçilməsi
3. Dölnün 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 dölnün ağır hipoksik – işemik zədələnməsi, asfiksiyası və ya ölüm riski aşağıdır.

► **Yardıma çağırıs**

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

- ✓ doğum şöbəsinin məsul həkimi, cərrahi bacarığa malik olan təcrübəli mama-ginekoloq
- ✓ təcrübəli mamalar
- ✓ neonatoloqlar və anestezioloqların reanimasiya briqadası

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

Qadına gücənməməsi tapşırılmalıdır. Bu onunla izah olunur ki, hər gücənmə zamanı çiyinlərin sümüklər arasına pərçim olması daha da artır.

Həmçinin uşaqlıq dibinə təzyiq göstərilməsi də tövsiyyə edilmir!

ÇD zamanı uşaqlıq dibinə təzyiq göstərilməsi, çiyinlərin çanaq sümükləri arasında pərçim olmasını artırmaqla yanaşı, ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasına səbəb olmaqla qanaxmalara və uşaqlığın rüpturası kimi ağır fəsadlara səbəb ola bilər.

Göbək ciyəsinin dölün boynuna dolanması halında, hipoksiyanın profilaktikası məqsədilə göbək ciyəsinin kəsilməsi tövsiyyə edilmir!

► **Epiziotomiyanın vacibliyinin qiymətləndirilməsi**

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

ÇD tətbiq edilən üsullar

ÇD zamanı yardım göstərilməsi birinci sıra tədbirlərdən başlanmalıdır. Bu tədbirlərə Mak-Roberts, qasıqüstü təzyiq, Rubin, Vuds vinti, Əks vuds vinti, “arxa aksilyar slinq traksiyası” Jaklin üsulu və Qaskin tədbiri aid edilir. Hər bir cəhd 30 saniyədən artıq davam etdirilməməlidir! Bu minvalla hər üsula iki cəhd tətbiq edilə bilər. ÇD birinci sıra tədbirləri yerinə yetirmək üçün ümumi vaxt 5 dəqiqədən çox olmamalıdır.

ÇD zamanı yardım göstərilməsinə ilk olaraq Mak-Roberts üsulunun tətbiq edilməsi ilə başlamaq tövsiyyə edilir.

Mak-Roberts üsulu

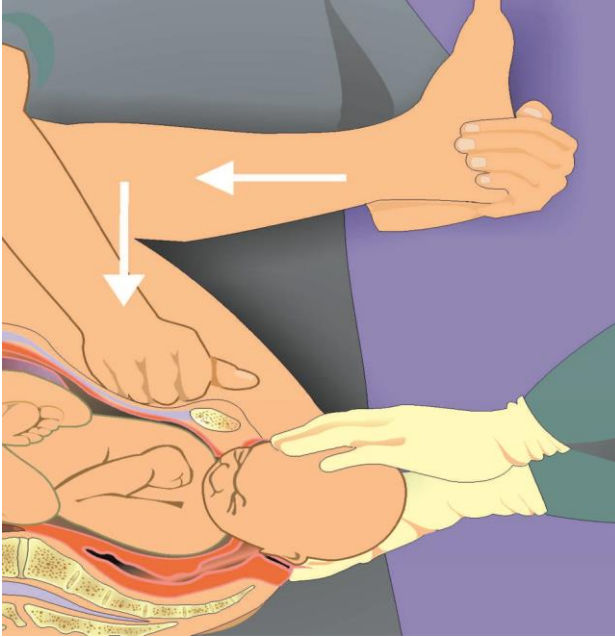
Mak-Roberts üsulu sadə, tez icra olunan effektiv üsul olduğu üçün ilk növbədə istifadə olunmalıdır. ÇD zamanı üsulun effektivliyi 90% təşkil edir.

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

Qasıqüstü təzyiq

Qasıqüstü təzyiq Mak-Roberts üsulunun effektivliyini artırmaq məqsədilə istifadə edilməlidir. 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)

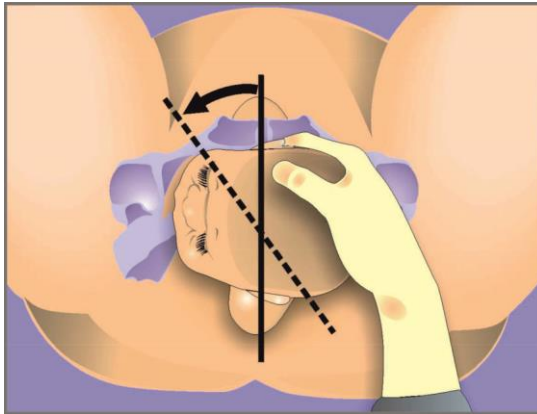
Əgər sadə üsullar effekt vermirsə (qasıqüstü təzyiq və rutin traksiyalar nəticəsində ön çiyin azad olursa) növbəti üsulların aparılmasına keçmək lazımdır. Bu halda seçim aparılmalıdır: intravaginal üsullara keçmək və ya doğan qadını diz-dirsək vəziyyətinə çevirmək.

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

Daxili döndərmələr

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

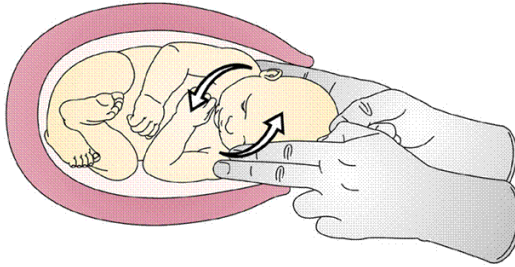
1. **Rubin üsulu** zamanı həkim bir əlin barmaqlarını uşaqlıq yoluna ön çiyinin arxa tərəfindən yeritməklə çiyini dölün döş qəfəsi istiqamətində önə tərəf itələməyə çalışır (*Şəkil 2*). Üsulun məqsədi – çiyini sinəyə doğru gətirmək və beləliklə dölün çiyin qurşağının diametrinin azaldılmasına nail olmaqdır. 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)

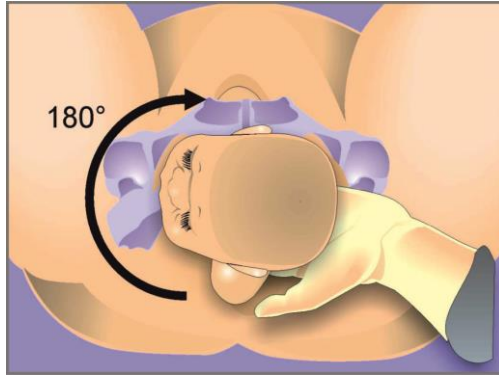
2. Rubin üsulundan effekt olmadıqda, **Rubin üsulunun Vuds “vinti” ilə birgə** aparılmasına keçmək lazımdır. Bunun üçün ikinci əlin barmaqlarını uşaqlıq yoluna yeritməklə arxa çiyinə öndən (sinə tərəfdən) yanaşmaq lazımdır. Bu üsulların birgə icrası zamanı bir əlin iki barmağı ön çiyinin arxasında, ikinci 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” üsulunun 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 vermədikdə, **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 döndürülməsi 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 aksilyar slinq traksiyası

Yumşaq, plastik boru materialdan qarmaq düzəldilir. Bir əllə həmin qarmaq arxa çiyinin qoltuqaltı çuxuruna doğru yeridilir. Digər əlin ikinci barmağı ilə əks tərəfdən həmin qarmaq tutulub çəkilir. Beləcə arxa çiyin ətrafında plastik borunun hər iki sərbəst ucuna sıxıcı alətlər qoyularaq slinq formalaşdırılır (Şəkil 5) Daha sonra düz traksiya etməklə arxa çiyinin doğrulmasına çalışılır. Bəzən ikinci əl ilə yardım edərək dölün arxa əlini çıxarmaq lazım olur.



Şəkil 5. Arxa aksilyar slinq traksiyası

Əgər bu üsul uğursuz olarsa, slinq vasitəsilə dölü döndərmə hərəkətləri etməyə cəhd edilə bilər. Bunun üçün bir əllə slinq yan tərəfə dartılır, digər əllə ön çiyinə əks təzyiq etməklə dölün

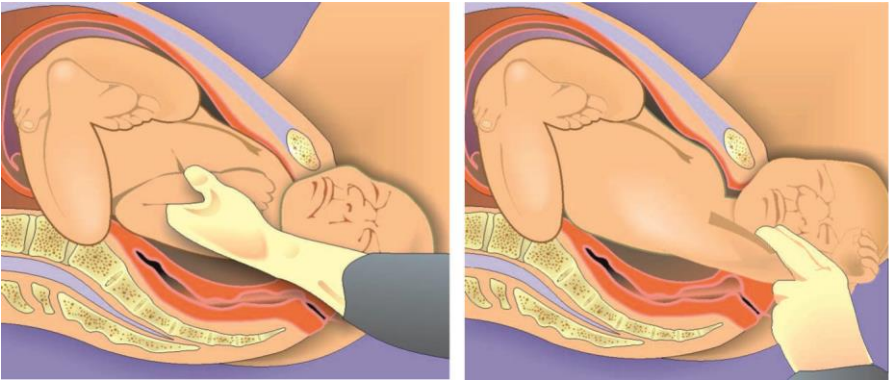
döndərilməsinə cəhd edilir (*Şəkil 6*) Bu üsulu mamanın hər iki əlinin barmaqlarını dölnün arxa qoltuqna hiyyəsinə yerləşdirməklə də etmək mümkündür.



Şəkil 6. Sliinq vasitəsilə dölnü döndərmə

Arxa əlin çıxarılması (Jaklin üsulu)

Arxa əlin çıxarılması dölnün çiyinlərinin diametrini kiçildir. Bu vaxt döl çanağın oma çuxuruna doğru sürüşür, bu da ön çiyinin azad olmasına imkan verir (*Şəkil 7*). Bu üsulun icrası üçün həkim əlini doğuş yollarına dərin yeridərək dölnün arxa əlini tapmağa çalışmalıdır. Dölnün qolunu tapdıqda, həkim onu dirsək oynaqında bükərək döş qəfəsinin ön divarı üzrə çıxarmalıdır. Əlin yuxarı bazı hissəsini tutub dartmaq olmaz, çünki bu bazı sümüyünün sınımasına səbəb olur (2-12% hallarda). Əvvəlcə arxa qol və əl, sonra isə bazı çıxarılmalıdır. Bir çox hallarda əl azad olduqdan sonra döl simfiz altından çıxaraq doğulur.



Şəkil 7. Arxa əlin çıxarılması

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

Doğan qadının diz-dirsək vəziyyətinə döndərilməsi (Qaskin üsulu)

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 çıxacağıının 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).

Qaskin üsulu təhlükəsiz və 83% hallarda effektiv sayılır.

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 “iməkləmə” vəziyyəti daha məqsədəuyğun hesab olunur. Epidural anesteziya istifadə olunduğu halda az hərəkətli qadınlarda daxili döndərmələrin aparılması daha məqsədəuyğun sayılır.

Qeyd edilən birinci sıra tədbirlərin 5 dəqiqə ərzində tətbiqindən nəticə alınmadığı təqdirdə ikinci sıra tədbirlərə keçilməlidir. İkinci sıra tədbirlər adətən ən son halda, lakin dölün vəziyyətindəki ağırlaşma halları həyati geridönməz, ağır ağırlaşmalar nisbətən az olduğu təqdirdə istifadə edilir. Bu tədbirlərin ana və döl üçün ağırlaşma riskinin yüksəkliyinə görə müasir mamalıqda mübahisəli qarşılır. Bu üsullara dölün körpücük sümüyünün yardım məqsədilə qəsdən sındırılması, simfiziometriya, Zavanelli üsulu və abdominal-vaginal müştərək doğuş aid edilir.

Körpücük sümüyünün yardım məqsədilə qəsdən sındırılması - əgər sadalanan bütün üsullar müsbət nəticə vermirsə, çox nadir hallarda körpücük sümüyü yardım məqsədilə qəsdən sındırılır.

Simfiziometriya – bu üsul adətən inkişaf etmiş ölkələrdə tətbiq edilmir.

Zavanelli üsulu - bu üsulda dölün başı doğum yolundan geri, qarın boşluğuna doğru itələnərək Qeysəriyyə kəsiyi ilə dölün doğulması həyata keçirilir.

Abdominal-vaginal müştərək doğum üsulu - bu üsulda uşaqlığın aşağı seqmentində kəsik aparılır, dölün ön çiyini yuxarı dartılır, daxili döndərmə ilə çiyin çanağın çəp ölçüsünə keçirilir. Nəticədə arxa çiyinin doğum yoluna keçməsi asanlaşır, ardından ön çiyində doğum yoluna keçməklə döl doğum yolundan doğulur.

ÇD zamanı ağırlaşmalar

ÇD ilə əlaqəli ana xəstəlməsi halları:

- ✓ 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 xəstəlmə halları:

- ✓ dölün hipoksiyası – geriyə dönməyən nevroloji zədələnmələrə və ölümə gətirib çıxara bilər
- ✓ bazu kələfinin travmaları (2,3-16%)
- ✓ 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)
- ✓ bazu sümüyünün sınıqları (deformasiyaya uğramadan sağalır) və körpücük sümüyünün sınıqları
- ✓ nadir hallarda – ağciyər və körpücükaltı damarların zədələnməsi (pnevomotoraks)

ÇD profilaktikası

Hamilədə şəkərli diabet, yaxud hestasion diabet və hamiləlik müddətinə görə iri döl aşkarlanarsa hamiləliyin 38-39 həftəsindən gec olmadan doğumun unduksiyası başlanması tövsiyə edilə bilər.

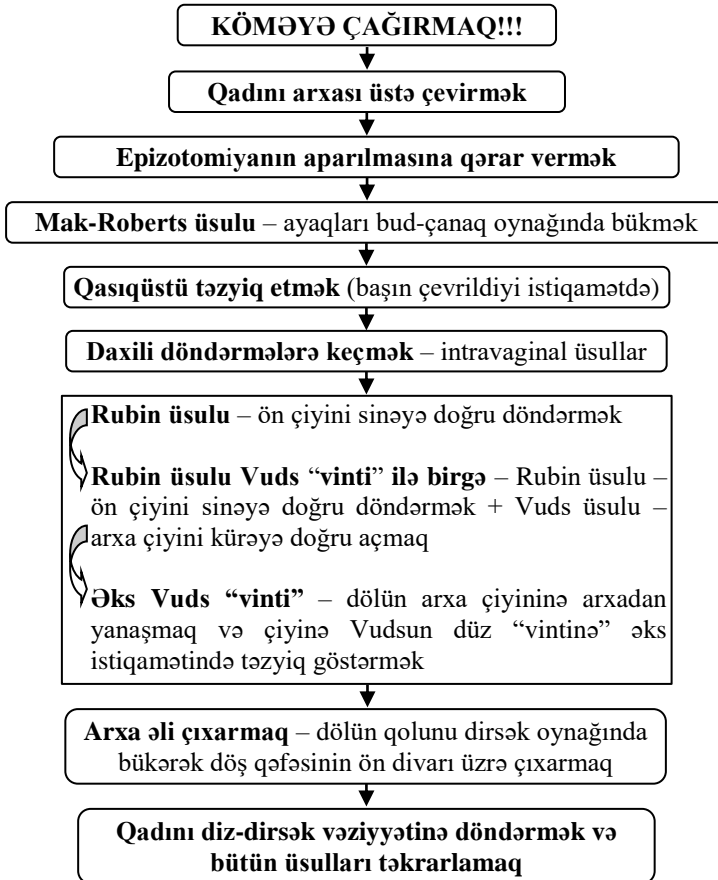
Dölün makrosomiyası (dölün güman edilən çəkisi 4500,0 q) aşkarlandığında hamiləliyin 38-39 həftəsində planlı QK məsləhət görülür.

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 ardıcılığı 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, yenidoğulmuşu 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 birinci sıra tədbirlər



Ədəbiyyat

1. Doğuşda çiyinlərin distosiyası üzrə klinik protokol. - Bakı. - 2014. - 20.
2. American Academy of Family Physicians. Shoulder Dystocia. (<https://www.aafp.org/afp/2004/0401/p1707.html>) Accessed 1/26/2022.
3. Davis DD, Roshan A, Canela CD, et al. Shoulder Dystocia. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/>) In: Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 18, 2021. Accessed 1/26/2022.
4. March of Dimes. Shoulder Dystocia. (<https://www.marchofdimes.org/complications/shoulder-dystocia.aspx>) Accessed 1/26/2022.
5. Menticoglou S. Shoulder dystocia: incidence, mechanisms, and management strategies. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233701/>) Int J Womens Health. 2018;10:723-732. Accessed 1/26/2022.
6. Shoulder Dystocia: Managing an Obstetric Emergency Jul 15, 2020. D. ASHLEY HILL, MD, Advent Health Graduate Medical Education, Advent Health Orlando Family Medicine Residency Program, Orlando, Florida Am Fam Physician. 2020 Jul 15;102(2):84-90.<https://www.aafp.org/afp/2020/0715/p84.html>
7. Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов [WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience]© Всемирная организация здравоохранения 2021
8. Clinical Guideline for: The Management of Shoulder Dystocia. Julie Mansfield. Maternity Guidelines Committee (MGC) .08 July 2021
9. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. Obstet Gynecol. 2017; 129(5): e123-33. Sentilhes L., M.-V., Boulogne A.-I., Deneux-Tharaux C., Fuchs F., Legendre G., et al. [Shoulder dystocia: Guidelines for clinical practice--Short text]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015; 44(10): 1303-10.
10. Hill M.G., Cohen W.R. Shoulder dystocia: prediction and management. Womens Health (Lond Engl). 2016; 12(2): 251-61.
11. Акушерство: национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1088 p.

12. Ansell L., Ansell D.A., McAra-Couper J., Larmer 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.
13. Cluver C.A., Hofmeyr 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.e1-7.
14. 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).
15. Shoulder dystocia: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Sentilhes L, et al. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Aug;203:156-61. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.05.047. Epub 2016 May 30. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016. PMID: 27318182 Review.
16. Kleitman V., Feldman R., Walfisch A., Toledano R., Sheiner E. Recurrent shoulder dystocia: is it predictable? *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 294(6): 1161-6.
17. "Клинические рекомендации "Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика" (утв. Минздравом России), 2020 г <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-zatrudnennye-rody-distotsija-vsledstvie-predlezhaniya-plechika-utv/>

Protokolun üzlüyündə istifadə olunmuş şəkil:
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0715/p84.html> Müəllif:
Christy Krames