

**M U N I
M E D**

**Gynekologicko - porodnická klinika
Lékařské fakulty MU a FN Brno**
přednosta: doc. MUDr. Vít Weinberger, Ph.D

**FAKULTNÍ
NEMOCNICE
BRNO**

Porod plodu v poloze koncem pánevním

Gynekologie a porodnictví - přednášky

Poloha koncem pánevním - definice

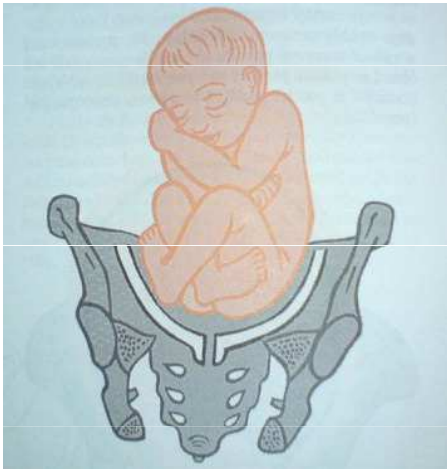
- jedná se o polohu podélnou, kdy plod naléhá na vchod pánevní svou hýždřovou částí a hlavička je umístěna ve fundu děložním
- podélná osa trupu plodu je souběžná s podélnou osou děložní
- frekvence výskytu - na konci těhotenství se tato poloha vyskytuje cca ve **3-4 %** případů. Na počátku třetího trimestru cca v **15-20 %**.

Příčiny:

- oligohydramnion nebo polyhydramnion
- abnormální tvar dutiny děložní (VVV dělohy)
- myomatóza
- vcestné lůžko
- krátký pupečník
- nadměrně velký nebo malý plod
- vícečetné těhotenství
- multiparita

Varianty

- podle držení plodu rozlišujeme pánevní konec **úplný** (hýždě a obě nožky a **neúplný** (řitní, jednou nebo oběma nožkami, jedením nebo oběma kolínky, popř. kolínkem a nožkou)
- prognosticky nejpříznivější polohou **je pánevní neúplný**



PPKP completa



PPKP incompleta natium



PPKP incompleta pedibus

Obrat plodu zevními hmaty

- provádí se mezi 35. – 38. týdnem těhotenství, kdy není plod nadměrně velký a v dutině děložní je dostatek plodové vody
- těhotná nesmí mít děložní stahy - cca 25 minut před výkonem podání infuze s preparátem tlumícím děložní činnost
- výkon by neměl být bolestivý a neměl by přesáhnout tři minuty
- průběžně je sledován stav plodu ultrazvukem
- po výkonu následuje kontrolní ultrazvukové vyšetření a kardiokografický záznam
- preventivní hospitalizace je doporučena do následujícího dne

Obrat plodu zevními hmaty

Možné komplikace:

- neúspěšný obrat
- výjimečně může dojít k odloučení části placenty nebo ke změnám srdeční akce plodu

Proto může být obrat zevními hmaty prováděn pouze v případě, kdy je možno ihned ukončit těhotenství císařským řezem (připravenost týmu operačního sálu) !!!!

VEDENÍ PRENATÁLNÍ PÉČE A PORODU DONOŠENÉHO PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM – DOPORUČENÝ POSTUP ČGPS

- rodička by měla být objektivně a srozumitelně informována o výhodách a rizicích souvisejících se stávajícím i případným budoucím těhotenstvím v souvislosti s volbou plánovaného císařského řezu nebo vaginálně vedeného porodu
- rodička by měla být před rozhodnutím k vaginálnímu porodu plodu v poloze koncem pánevním pečlivě vyšetřena (pánevní rozměry, palpační a UZ vyšetření)
- rodičce s nepříznivým klinickým nálezem by měla být velmi precizně vysvětlena zvýšená rizika pro ni a její dítě spojené s pokusem o vaginální porod
- diagnóza polohy plodu koncem pánevním stanovená prvně během porodu by neměla být primárně kontraindikací jeho dokončení vaginální cestou

VEDENÍ PRENATÁLNÍ PÉČE A PORODU DONOŠENÉHO PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM – DOPORUČENÝ POSTUP ČGPS

Vaginální vedení porodu není doporučeno :

- při jiných kontraindikacích vaginálního porodu (placenta praevia, zúžená pánev apod.)
- při ultrazvukovém odhadu hmotnosti plodu nad 3500 gramů u primipary nebo 3800 gramů u multipary
- při porušeném držení plodu s výjimkou naléhání řití
- při myomatózní děloze nebo po předchozí operaci na děloze
- u IUGR (obvykle definovány jako menší než 2500 g)
- při hyperextenzi krčku plodu během porodu (potvrzeno ultrazvukem)

VEDENÍ PRENATÁLNÍ PÉČE A PORODU DONOŠENÉHO PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM – DOPORUČENÝ POSTUP ČGPS

Management porodu:

- indukce porodu je přípustná, jsou-li individuální okolnosti příznivé
- doporučeno je kontinuální CTG monitorování stavu plodu
- pokud vážně sestup hýždí v průběhu druhé doby porodní, měl by být porod ukončen císařským řezem
- v průběhu druhé doby porodní jsou na porodním sále přítomni dva porodníci (z toho jeden s atestací z oboru), porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra

Vedení porodu koncem pánevním

Zásady vedení porodu:

- nepřekročit termín porodu. Pakliže nedojde ke spontánní děložní činnosti do 40. týdnu těhotenství a nejsou indikace primárnímu císařskému řezu, je lepší porodní činnost indukovat
- zachovat co možná nejdéle vak blan
- porodník nesmí provést předčasný tah za porozenou část plodu (nožky, trup), aby nenastala deflexe hlavičky a vztyčení rukou
- čas mezi porodem hlavičky by neměl přesáhnout 5 minut
- u porodu je přítomen neonatolog pro řešení případné poporodní komplikace, či okamžitou resuscitaci novorozence

Metody vedení porodu

Způsob porodu koncem pánevním podle Covjanova

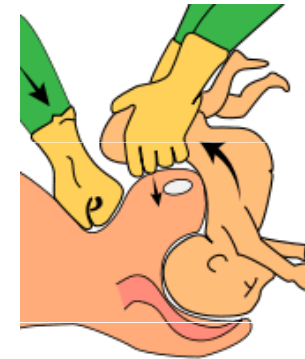
- Porodník je před rodidly ženy s rukama přiloženýma ulnárními hranami na zevní rodidla ženy-
dlaně fungují jako prodloužení měkkých cest porodních.
- neustálým kontaktem ulnární hrany rukou se zabraňuje tahu za porozené
části plodu (mohlo by dojít ke vztyčení ruček nebo deflexi hlavičky)
- plod postupuje rukama porodníka, který jej podpírá palci obou rukou v ose
porodních cest. Porodník poté plod lehce zvedá nahoru, čímž ulehčí porod
zadního raménka. Ruce dítěte při tom samovolně vypadnou přes hráz.
Porod hlavičky probíhá za mírného zdvihu vzhůru.



Metody vedení porodu

Způsob porodu koncem pánevním podle Brachta

- při tomto typu porodu se s plodem manipuluje jako s celkem
- porodník drží plod tak, že palci přidržuje stehna plodu k břichu, zbylé prsty drží bederní krajinu
- po porodu pupečníku se plod zvedá nahoru k břichu rodičky
- hrudník s raménky se rodí jako jeden celek, ramena prochází v průměru šikmém, nebo i přímém, či příčném, poté se plod zvedá nahoru až nad úroveň stydké spony
- porodu hlavičky se pomáhá suprapubickým tlakem dlaně



Metody vedení porodu

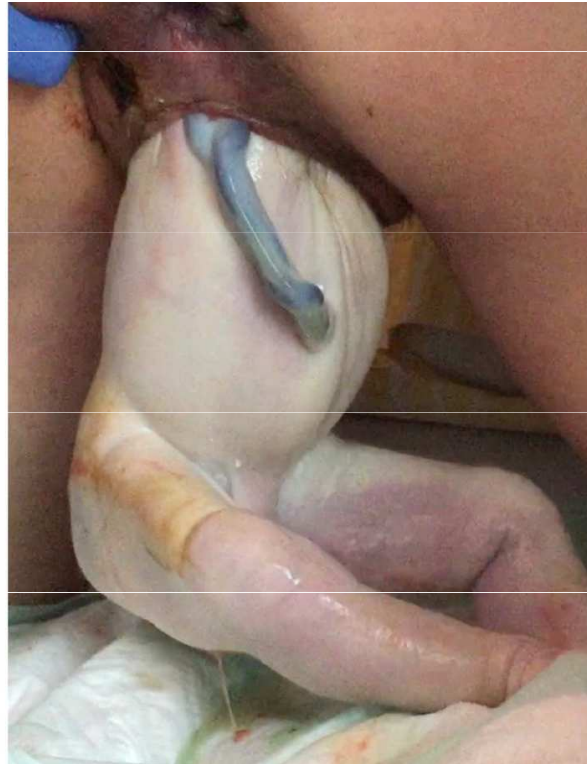
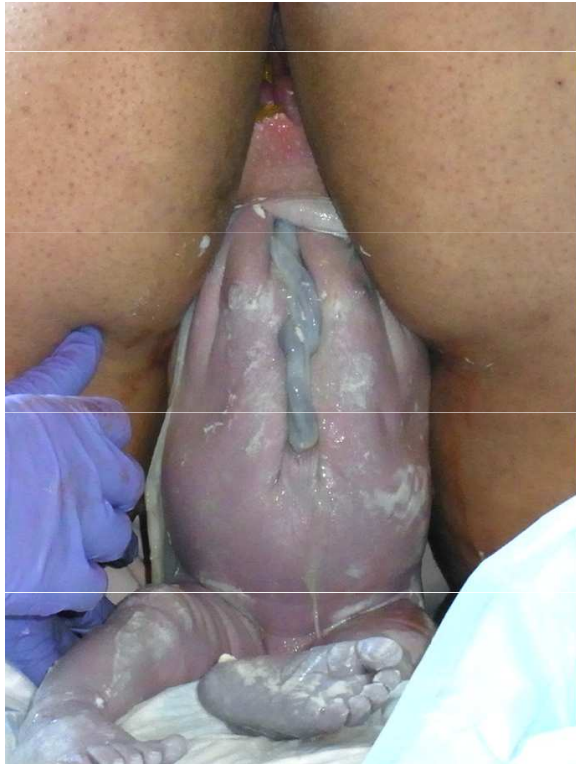
Vedení porodu koncem pánevním na zádech a v poloze na čtyřech

- velkým převratem ve vedení porodu plodu v poloze KP je metoda Dr. Franka Louwena, který spolu se svým kolegou Dr. Ankem Ritterem, začal uskutečňovat porod plodu v PPKP s rodičkou v poloze na všech čtyřech
- díky provedené studii Dr. Louwen (2016) věří, že tento způsob porodu sníží počet manuálních manévru s plodem provedených k jeho extrakci a také se sníží procento porodních poranění rodičky
- poloha rodičky na čtyřech má fyziologické výhody i dobré perinatální výsledky.

Metody vedení porodu

- do II. doby porodní by měla mít žena možnost zaujímat polohy intuitivně a dle své potřeby
- před koncem II. doby porodní, kdy se začínají objevovat hýždě plodu, je žena vyzvána, aby se přesunula do polohy na všech čtyřech
- porodní tým představuje pouze pozorovatele, neboť do tohoto typu porodu není v této poloze nutné zasahovat ani ji řídit, nejsou při tomto porodu uskutečňovány ani žádné manévry či episiotomie. –
- hmotnost porozeného plodu provádí dostatečnou, ovšem lehkou trakci, aby došlo k samovolnému porodu hlavičky, z toho důvodu by tělo dítěte nemělo být drženo ani podporováno, nýbrž ponecháno mezi nohama matky, až dokud se díky gravitaci neporodí krk a hlavička.

Metody vedení porodu



Císařský řez vs. spontánní porod

- aktuálně převažuje konsensus, že císařský řez bývá pro plod bezpečnější v případech, kdy se jedná o předčasný porod kdy je hmotnost plodu odhadována v rozmezí **750–2 500 g**
- u porodu v termínu se upřednostňuje elektivní císařský řez tehdy, když je hmotnostní odhad plodu více než **3 500g** u primipar a **3 700g** u multipar se zřetelem na porodní hmotnost již porozených dětí
- elektivní císařský řez je volen u rodiček po předešlém císařském řezu, s myomatózou, postmaturitě a intrauterinní růstové restrikci plodu
- porušené držení plodu s naléháním nožkou, kolénkem a dalšími variantami až na řitní je primárně indikací k císařskému řezu
- **při rozhodnutí o způsobu vedení porodu koncem pánevním je nutno brát ohled na přání a preferenci rodičky**

Děkuji za pozornost