

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Dagmar Dolinová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Dagmar Dolinová

Porod koncem pánevním dříve a dnes

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Eva Hladišová

Olomouc

2012

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce: Porod koncem pánevním dříve s dnes

Název v AJ: Breech then and now

Datum zadání: 2012-01-21

Datum odevzdání: 2012-05-04

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Dagmar Dolinová

Vedoucí práce: Bc. Eva Hladišová

Abstrakt v ČJ:

Cílem této bakalářské práce je z historických a současných materiálů zmapovat, jak se vyvíjel porod koncem pánevním. Předložit poznatky o důležitých meznících ve vedení porodu koncem pánevním. Porovnat přístup k porodu koncem pánevním. Proč se dříve rodil konec pánevní spontánně a v dnešní době se dává přednost císařskému řezu. Nastínit možnosti dalšího vývoje ve vedení porodu koncem pánevním.

Klíčová slova v ČJ:

Porod koncem pánevním, spontánní porod koncem pánevním, obraty, císařský řez při konci pánevním, historie porodu koncem pánevním

Abstrakt v AJ:

The aim of this work is of historical and contemporary materials developed to map the breech. Present knowledge of the important milestones in the management of breech. Compare access o the breech.

Why bore before the end of the pelvic spontaneously and is now the preferred caesarean section. Outline opportunities for further development in the management of breech brth.

Klíčová slova v AJ:

Breech, spontaneous breech, turnoer, Caesarean section for breech, histori breech.

Rozsah: 51 s., 13 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 30. dubna 2012

Děkuji Bc. Evě Hladišové za ochotu, trpělivost, účinnou metodickou a odbornou pomoc a další cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

Obsah

1	Úvod a cíl práce	8
1.1	Úvod.....	8
1.2	Cíl práce.....	8
2	Historický přehled	10
2.1	Historie porodu koncem pánevním.....	10
2.1.1	Objev mechanismu porodu koncem pánevním.....	10
2.1.2	Počátky obrátů a manuálních extrakcí při porodu konce pánevním.....	11
2.1.3	Pražská škola.....	13
2.1.4	Ustupování od operačních zásahů do průběhu porodu koncem pánevním.....	14
2.2	Historie vedení porodu koncem pánevním u nás.....	15
2.2.1	Spontánní porod koncem pánevním v 19. století.....	15
2.2.2	Vybavení plodu za nohy.....	17
2.2.3	Nepřavidelný mechanismus a komplikace.....	20
2.2.4	Vybavení plodu za řiť.....	22
3	Vedení porodu koncem pánevním ve 20. století	24
3.1	Vedení porodu koncem pánevním v první polovině 20. století.....	24
3.2	Přístupy k vedení porodu koncem pánevním v sedmdesátých létech.....	25
3.3	Přístupy k vedení porodu koncem pánevním v osmdesátých létech.....	28
3.4	Přístupy k vedení porodu koncem pánevním v devadesátých létech.....	29
3.5	Vedení porodu koncem pánevním na konci 20. století.....	30
4	Porod koncem pánevním ve 21. století	32
4.1	Všeobecné poznatky o porodu koncem pánevním.....	32

4.2	Názory na spontánní porod koncem pánevním a císařský řez.....	34
4.3	Obrat plodu zevními hmaty	36
4.4	Názory na spontánní porod koncem pánevním na začátku 21. století.....	36
4.5	Současný platný postup vedení porodu koncem pánevním	40
5	Srovnání přístupů k porodu koncem pánevním	41
6	Možnosti dalšího vývoje porodu koncem pánevním	43
7	Diskuse	45
8	Závěr	48
9	Literatura a použité zdroje	49
A	Přílohy	53

1 Úvod a cíl práce

1.1 Úvod

Téma mé bakalářské práce jsem zvolila Porod koncem pánevním dříve a dnes. Pracuji na porodním sále v Uherském Hradišti a zajímalo mě, jak se vyvíjely postupy vedení porodu při poloze plodu koncem pánevním. Impulsem mi bylo srovnání porodů KP za 25 let v naší porodnici, konkrétně v roce 1985 a 2010. Z porodních knih jsem zjistila, že v roce 1985 bylo z celkového počtu 3,4% porodů koncem pánevním. Z toho se 90% vedlo vaginální cestou a 10% císařským řezem.

V roce 2010 činila poloha plodu koncem pánevním 5,9% z celkového počtu porodů. Z toho vaginálním porodem končilo 26,5% KP a císařským řezem bylo ukončeno 73,5% porodů KP. O 63,5% se zvýšil počet porodů při poloze plodu koncem pánevním, které byly ukončeny císařským řezem. Toto číslo je jen orientační, nebylo cílem mé práce zkoumat, zda byl císařský řez plánovaný, či akutní a také důvody, proč byl porod takto ukončen.

1.2 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je z historických a současných materiálů částečně zmapovat postupy ve vedení porodu při poloze plodu koncem pánevním, všimnout si rozdílů, zajímavostí, postřehů a zručnosti porodníků v minulosti a dnes. Dále si kladu otázku, proč nyní upřednostňujeme vedení porodu KP císařským řezem před vaginálním porodem? Jaké byly publikovány informace o postupech vedení porodu KP, jak se vyvíjel a měnil přístup k vedení porodu KP? Shrnula jsem tyto otázky do formulací:

- a) Zmapovat historii spontánního porodu koncem pánevním.
- b) Předložit poznatky o důležitých meznících při vedení porodu KP.
- c) Předložit srovnání přístupů k vedení porodu KP od 18. - 21. století.
- d) Nastínit možnosti dalšího vývoje v postupech při porodu KP.

Při pátrání po historii jsem nacházela poznatky jak v současné literatuře zobrazující historii (Doležal), tak v učebnicích z minulého a předminulého století.

Informace jsem dále čerpala z učebnic, rešerše jsem vypracovala ve spolupráci s Vědeckou knihovnou v Olomouci, Hradci Králové, další poznatky jsou z plnotextů a článků z odborných časopisů, taktéž jsem použila elektronické zdroje. Podrobně jsem se nezabývala poporodními komplikacemi novorozenců a rodiček v souvislosti s porodem vedeným vaginálně či naopak císařským řezem, to nebylo tématem mé práce. Práci jsem rozdělila do první, teoretické části, která obsahuje historickou časovou posloupnost vývoje postupů porodů KP. Informace jsem čerpala z historických učebnic pro lékaře, mediky a porodní asistentky. Ve druhé části jsem předložila současné názory na vedení porodu koncem pánevním v průběhu posledních 20 let, čerpala jsem z učebnic, článků z odborných časopisů pro lékaře. Ve třetí části jsem se pokusila o srovnání, zaznamenání určitých mezníků v přístupu k vedení porodu koncem pánevním. Čtvrtá část obsahuje náznaky dalšího vývoje spontánního porodu koncem pánevním. Pátou část tvoří diskuse, kde vyjadřuji své názory, myšlenky a zkušenosti s porodem v poloze koncem pánevním.

2 Historický přehled

2.1 Historie porodu koncem pánevním

Ve svém historickém zamyšlení uvádí Doležal, že už od pradávna se u porodu rozlišovaly různé polohy plodu. Bylo známo, že některé se rodí snadno, některé těžce a některé nelze samovolně porodit vůbec. Už ve starověku v hippokratovské medicíně byla jako nejsnadněji poroditelná poloha hlavičkou. Porod „koncem pánve“ je poloha, u které se dodnes vedou rozpory ve smyslu jak hodnotit a jaký postup zvolit. Postupem času byly objevovány zákonitosti mechanismu porodu KP a přítomné labilitity. Rozdílné bylo vedení porodu i lékařské postupy v zemích rozvinutých a nerozvinutých. (DOLEŽAL, 2009, s. 272)

Pokud byly rozměry pánve a plodu fyziologické, normální děložní činnost, byl porod koncem pánevním, vedený spontánně vaginální cestou, postupem „lege artis“. Porod koncem pánevním je vystaven různým odchylkám a rizikům, častěji je plod ohrožen hypoxií a traumatismem. Časté byly postupy, kdy spontánní porod koncem pánevním přecházel plynule k operativnímu, při němž se uplatňovala manuální extrakce plodu. Nástrojů, jako jsou kleště a háky, se užívalo později. (DOLEŽAL, 2009, s. 272)

2.1.1 Objev mechanismu porodu koncem pánevním

Dlouho trvalo, než byla objevena pro samovolné porody relativně bezpečná metoda Covjanova, kdy plošným protitlakem porodník plod v poloze nožkami zadržuje, aby se vytvořil úplný KP. I u úplného konce pánevního a řitní polohy vznikají komplikace po porození pupku. Jestliže porod v této chvíli uvázne, stisklý pupečník vede během několika minut k hypoxii a smrti plodu. Proto se na porody v této poloze dívali už od antiky s velkými obavami. Už Hippokrates (460-370 př. n. l.) radil u živých i mrtvých plodů, při polohách řitních, provést obrat na polohu hlavičkou. Předpokládali, že plod se svými nožkami opírá o děložní dno a tak se dostává ven.

Slámová se zamýšlí nad tím, že již od nejstarších dob bylo vykonáváno vytažení plodu za nožky. Jelikož ale nebyl znám správný mechanismus, od dob

Hippokratových vládla představa, že se dítě nemůže narodit živé. Vázla-li extrakce, byly nohy plodu odřezávány a porod byl ukončen vytahováním těla po kusech háky.

Totéž popisoval Václav Rubeška (1854-1933). (SLÁMOVÁ, 1942, s. 99), (DOLEŽAL, 2009, s. 273)

Jedině Celsus (r. 30 př. Kr. až 14 po Kr.) doporučoval správnou extrakci, jejíž přesnou techniku po zavedení obratu na nožku A. Parém r. 1549, popsal Mauriceau (r. 1668), Portal (r. 1685), de la Motte (r. 1721). (SLÁMOVÁ, 1942, s. 99)

Porody koncem pánevním se tehdy rodily i spontánně. Převládal názor, že porod nohama napřed je proti přírodě. Bývaly to těžké porody, končící většinou extrakcí, kdy jak popisuje autor, silný muž tlačil přes břicho na hlavičku, aby se „vypudila“.

Ve středověku, kdy bylo většinou babské porodnictví, obraty a extrakce vymizely. (DOLEŽAL, 2009, s. 273)

2.1.2 Počátky obratů a manuálních extrakcí při porodu konce pánevním

Znalost obratu na nožky a manuální extrakce byly obnoveny až v polovině 16. století, kdy spolu s objevem porodnických kleští stály u zrodu porodnictví. Zároveň se hledali cesty, jak neohrozit život matky při komplikovaných porodech, protože císařské řezy, prováděné většinou na umírajících rodičkách, byly spojeny téměř se stoprocentní mortalitou. Zakladatel porodnictví Francois Mauriceau (1637–1709) ve spisu *Traite des Maladies des Femmes grosses et accouchees* nevyčleňuje ještě polohu koncem pánevním, ale popisuje plod, jenž naléhá jednou nebo oběma nožkami, koleny, hýžděmi, obličejem, ručkou, ... Popisuje zatlačení nožky dovnitř při poloze kolénkem. Podrobně popisuje hmat, který nese v porodnictví jeho jméno. (obr. 15) Mauriceau (1668), Portal (1685), de la Motte (1721) dopracovali techniku extrakce k takové dokonalosti, že k ní nejnovější doba nic podstatného nepřičinila. (DOLEŽAL, 2009, s. 274)

Další generace porodníků propracovávala exaktní metody v porodnictví. Hlavním problémem byla zúžena pánev a následný kefalopelvický nepoměr. Věda

vstupuje do oboru jako aplikovaná pelvimetrie. Objevují termíny jako porodní objekt, porodní cesty, porodní síly. Hlavní představitelé vědeckého porodnictví byli francouzští Andre Levret (1703–1780), Jean Luis Baudelocque (1746–1810), němečtí J. G. Roederer (1726–1763) a Georg Willhelm Stein (1731–1803). (DOLEŽAL, 2009, s. 275)

Ve Velké Británii skotští porodníci William Smellie (1697–1763) a William Hunter (1718–1783) provádějí dokonalé anatomické studie o těhotenství, zobrazují i polohu koncem pánevním. V Evropě se začíná s vážením a měřením plodů, zevní a vnitřní pelvimetrie je také v rozjezdu. Vrcholí studium mechanismu porodu záhlavím, poloh koncem pánevním a poloh deflekčních. Smellie i Levret popsali manuální pomoc při porodu hlavičky, Smellie zobrazuje použití svých krátkých anglických kleští na následný porod hlavičky. (DOLEŽAL, 2009, s. 274)

Dodnes nedoceněnou osobností byl G. W. Stein, který založil teoretické postupy porodnických studií. U konce pánevního poukazuje na velký plod, malou pánev, plodovou vodu a pupečnickové komplikace. V praxi nezaostával, popisuje porody nožkami. Svou dokonalostí a přesností měl velký vliv na českého porodníka Jana Meliče (1763- 1837). (DOLEŽAL, 2009, s. 275)

Do rukou českých porodních bab se již v 70. letech 18. století dostává překlad knihy Lehrbuch der Hebammenkunst, kterou sepsal vídeňský Raphael Johann Steidelle (1737–1823). Vyobrazení jsou převzata z britských pramenů. Porodník Ignatz Ruth ji v roce 1778 přeložil do češtiny „K naučení kniha o babském umění“.

Na 33 stranách uvádí autor obrázky pole anglických autorů, rozlišuje porod zadečkem, kolínkem, nožiček. Dále píše, že porod může být svěřen „Přírodě nebo Umění“. Varuje před násilným tahem za plod, upozorňuje na možné uvážnutí hlavičky a tím i na stlačování pupečníku. Narodí-li se plod živý, popisuje otlaky na zadečku, hřbetu, bříšku a mužském pohlaví. Podrobně se zabývá stahováním nožek, aplikací másla u dlouhotrvajícího porodu. Na hlavičku doporučuje hmat, který je velmi podobný manévru podle Mauriceau. Je-li plod mrtvý, volá porodní baba „nějakého ba-byče s nástrojema“. Za nejlehčí pokládá Steidelle porod kolínkem a následné stahování nožky. Porod nožiček bývá často po provedeném obratu. Zakazuje tah jen za

jednu nožku. U polohy řitní se tehdy preventivně stahovala jedna nožka. Preferovali tah za obě nožky, protože při tahu jen za jednu nožku se břicho plodu rotuje pod sponu a nastává abnormní rotace. Teoretické poznatky vznikaly na klinikách, ale rodilo se většinou doma, za pomoci porodních bab, pro které byly výše uvedené knihy sepisovány. (DOLEŽAL, 2009, s. 275)

2.1.3 Pražská škola

Nejen domácí, ale i zájemci z Německa, Polska, Dánska, Islandu, Anglie, Švýcarska, Ruska, Skandinávie i Severní Ameriky, přivádí do Čech proslulá „pražská škola“. Zde absolventi získávali teoretické znalosti i praktické porodnické dovednosti.

Kliniku vedl Antonín Jan Jungmann (1775–1854). V té době na ní bylo odvedeno desetitisíce porodů. Základní informace o porodu KP – „dítě zadečkem neb řití do rodu jde“ podává v česky psané knize Umění babické z roku 1814. Klade důraz na manuální vyšetření, ve kterém postavení se nachází hřbet a končetiny plodu, rozlišuje porod koncem pánevním u prvorodiček a vícerodiček. Dobrou prognózu už tehdy označil při porodu KP u vícerodiček s dobrými děložními kontrakcemi. Popisuje i „nepořádný porod“. Například u řitní polohy vložit prsty na způsob háku do slabin, končetiny stahovat pomocí tupých háků. Popisuje palpační rozdíl kolenního a loketního kloubu při vyšetření, abnormní rotaci, ruce plodu uložené přirozeně nebo natažené podél hlavičky. Nedoporučuje při vybavování hlavičky vkládat prsty do úst, pro nebezpečí poranění. Babám doporučuje při porodu KP stahovat nožku. V pražské škole působil v letech 1838-40 Franz Alexander Wilhelm Kiwisch (1814- 1852) a zavedl „pražský hmat“ dosud používaný při abnormní rotaci konce pánevního. Tento hmat navrhl N. Puzos a vydal v roce 1759. Nastává zlatý věk porodnictví. Na výborné morfologické práce anglických autorů, znázorňující stavbu a tvar jednotlivých částí těla, navazují němečtí Ch. Wilhelm Braune (1831-1892) a Paul Zweifel (1893), řezy na zmrzlých tělech žen, které zemřely při porodu. Tyto ilustrace jsou v různých úpravách přebírány dodnes. Tím ukončují jednu etapu vývoje porodnictví a s chutí a elánem se pouštějí do další. (DOLEŽAL, 2009, s. 276)

2.1.4 Ustupování od operačních zásahů do průběhu porodu koncem pánevním

Motivací tehdejších porodníků bylo dodatečné kritické vyhodnocování zkušeností, typické pro porodnictví britské a irské. Franz Carl Naegele (1778-1851) vyzvedává zásluhy francouzské školy (Levret, Puzos, Deleurye), a také práci Steina, Roederera, Saxtorpha. Pomalu se přestává spoléhat na přírodu, také se ustupuje od zbytečných operačních aktivit a postupy se začínají řídit podle objektivního pozorování porodního děje a vyhodnocováním empirických zkušených postupů. Vyprchává původní nadšení z manuální dovednosti při obratech a extrakcích po té, co jsou vyhodnoceny neúspěchy u matek a hlavně traumatická poškození plodu, kde byly zjištěny poranění brachiálního plexu, obrny dolního a horního typu. Klasický německý porodník E. C. J. von Siebl (1801- 1861) sepsal v roce 1836 knihu, kde vyobrazil úplný konec pánevní, polohu nožkama, stažení obou nožek, uchopení plodu v křížové oblasti, stahování vztyčené ručky stíravým pohybem a stahování nožky u řitní polohy. Popisuje i vnitřní obraty. (DOLEŽAL, 2009, s. 277)

V roce 1876 vyšla učebnice Základové porodnictví pro lékaře, kterou sepsal Dr. Čeněk Křížek (1841–1893) s prameny francouzskými, německými i anglickými. Zabývá se v ní vaginálními operacemi, vybavení plodu koncem pánevním dělí na fáze, zdůrazňuje zabalení plodu do teplého plátna, popisuje pražský hmat. Knihu, dle Doležala, lze doporučit dnešnímu čtenáři. (DOLEŽAL, 2009, s. 274)

K dalším významným českým autorům patří zkušený Václav Rubeška (1854 – 1933). Ve své vynikající monografii odlišuje například hmat Smellieho od Mauriceau - Levretova, popisuje Mullerovu metodu a hmat pražský. Později k tomu už žádní autoři nic podstatného nepřičlenili. Doporučují nastudovat tyto staré autory, řadí je mezi nejspolehlivější poradce. Britské a ani americké učebnice z roku 1950 a 1975 spontánní vedení porodu konce pánevního neuvádějí, pouze popisují extrakce a použití kleští na porod hlavičky. (DOLEŽAL, 2009, s. 275)

V Evropě se začíná postupovat podle propracovaných postupů podle Covjanova z r. 1929, Brachta z r 1938, později Thiessena. Znamenalo to většinou upuštění od starých extrakčních metod jako zbytečně aktivních, často vedoucích ke komplikacím.

Tradovalo se, že zkušeného porodníka je třeba při porodu koncem pánevním přivázat řetězy, aby neprováděl extrakci. Dle vypracovaných konzervativních metod sleduje porodník konečnou fázi, kdy je třeba zajistit neporušené držení plodu, vydatné děložní kontrakce a po porodu pupečníku do 3 minut ukončit porod. Abnormální rotace se řešila pražským hmatem, ale obráceným. Zkušeností s těmito metodami postupně ubývalo, začalo se více přiklánět k porodům císařským řezem. S konzervativními postupy již současní porodníci nemají zkušenosti. Ale dostávají se k porodům překotným, kdy je třeba porod v pokročilém stádiu a nutno ho dokončit vaginálně. V nerozvinutých zemích se extrakční operace provádějí, selže-li samovolný porod. (DOLEŽAL, 2009, s. 278)

2.2 Historie vedení porodu koncem pánevním u nás

Dostala se mi do rukou učebnice pro lékaře a ráda bych se s vámi o tyto poznatky podělila. Jedná se o Základové porodnictví pro lékaře, se zvláštním zřetelem k části operativní. Sepsal ji v roce 1876 Dr. Čeněk Křížek, bývalý asistent I. školy pro lékaře v Praze, lékař městské nemocnice a ženské nemocnice sv. Alžběty v Praze. Jsou zde nejstarší podrobnější informace z roku 1876.

2.2.1 Spontánní porod koncem pánevním v 19. století

Křížek dělil podélnou polohu koncem pánevní na úplnou a neúplnou, taktéž postavení plodu na pravé a levé. (příloha č. 1) Častěji udává polohu KP u vícerodiček, dvojčatech a při velkém množství plodové vody. Důležité pro stanovení polohy je zevní manuální vyšetření, kdy „nad vchodem pánve hmatáme těleso nestejně tvrdé, hmotné, kteréž když pošinujeme, taktéž celý trup plodu se pohybuje“. (KŘÍŽEK, 1876, s. 65) Taktéž přesně popsal, co nalézáme při vnitřním vyšetření, pohmatový rozdíl mezi ploskou nohy a dlaní plodu. Porod hodnotí jako příznivý pro matku, méně bolestný než při porodu hlavičkou, také hráz zůstává spíše zachována oproti poloze hlavičkou. Pro plod je to poloha méně příznivá, protože autor předpokládá, že při porodu hlavičky bude třeba zásahu porodníka. Podrobně popisuje porodní mechanismus polohy koncem pánve. Základní pravidlo je, že konec pánevní a ramínka

vstupují svým příčným průměrem do průměru šikmého v pánevním vchodu, dalším postupem se otáčejí tak, že pánevním východem prostupují v průměru šikmém až přímém. Hlavička bývá vybavena obličejem nad hrází. Popisuje např. při prvním postavení je vedoucím bodem porodu levá hýždě, vstupující do příslušného šikmého průměru v pánevním vchodu. Postupuje pod sponu stydkou, opírá se o dolní okraj pony stydké tak dlouho, dokud pravá kyčel projde vyhloubením kosti křížové a začne vykukovat nad hrází. Podobným způsobem následuje trup a paže zkřížené na prsou. Ramena prostupují šikmým průměrem vchodu pánevního, přední raménko se opře o kost stydkou, nad hrází je vybaveno zadní (pravé) raménko. Poté se celý trup otáčí dle své podélné osy tak, že břicho směřuje šikmo dolů. Hlavička postupuje obličejem ke kosti křížové, záhlavím se opírá o sponu stydkou a brada, obličej, čelo a temeno se rodí přes hráz. Jako poslední opouští porodní kanál záhlaví. Křížek popisuje i odchylky pravidelného mechanismu, které nastanou tehdy, není-li porodní kanál pravidelný, popřípadě pokud je plod oproti porodním cestám nadměrně velký. Nebo naopak u plodu menšího a nezralého nemusí docházet k pravidelnému mechanismu, projde porodními cestami jakkoli. (KŘÍŽEK, 1876, s. 65-67)

Za nepříznivé odchylky považuje Křížek abnormní rotaci, kdy je hřbet plodu při páteři a obličej směřuje dopředu. Stávalo se to při zúženém pánevním vchodu v přímém průměru. Následkem toho se hůře a déle vybavuje hlavička. Porod bývá ukončen několika způsoby. Nejdříve se porodí záhlaví, brada a obličej až poté. Nebo je plod malý a porodí se nejdříve brada za sponou stydkou a pak záhlaví, nebo se plod, po porodu trupu přetočí obličejem vzad a porodí se normálním mechanismem. Nebo se hlava rodí v šikmém průměru pánevního východu a brada, nos a čelo se rodí téměř současně. Druhou, Křížkem uvedenou komplikací je hluboké příčné postavení hlavy, kdy příčina je v zúžené pánvi v přímém průměru pánevního vchodu. Jako třetí popisuje komplikaci, kdy se při slabých děložních kontrakcích brada plodu odchýlí od prsou, čímž vstupuje do pánve svým větším průměrem, ruky plodu se mohou vztyčit podél hlavičky nebo. To vyžaduje delší operativní řešení a ohrožuje život plodu. Autor popisuje oteklé a modravě naběhlé části těla plodu, kterými plod naléhá, hlavně hýždě a části pohlavní, na nožkách a kolínkách méně. Hlavička má po

porodu KP svou pravidelnou polohu, bývá těžce otačena při průchodu porodním kanálem. (KŘÍŽEK, 1876, s. 66-69)

Při porodu autor klade důraz na co nejdelší zachování vaku blan. Rodička v „době otvírající“ má ležet na lůžku na boku. Aby nedošlo k porušení mechanismu porodu, nabádá zbytečně nezasahovat do porodu. Při odtoku plodové vody je nutné rodičku vyšetřit, zda nedošlo k výhřezu pupečníku. Křížek nabádá, nechat průběh porodu na přírodě. Rodící se plod balit do teplého plátna. Zasadovat až tehdy, je-li plod porozen po pupek. Nutno kontrolovat tepání pupečníku, dle toho pak dále postupovat. Tepe-li pupečník normálně, uvolňujeme jej a nespěcháme. Nepravidelný nebo slabý tep nám hlásí, že plod je ohrožen, nutno spěchat. Masáží děložního fundu podpořit kontrakci a manuálně dovybavit plod. Křížek zohledňuje i důležitost chránění hráze, aby nebyl porušen porodní mechanismus. (KŘÍŽEK, 1876, s. 82-83)

2.2.2 Vybavení plodu za nohy

V této knize popisuje Křížek velmi přesně i „Vybavení plodu při poloze koncem pánve“. Udává dokonce, že pokud nastanou okolnosti, které ohrožují život matky nebo plodu, a nelze pro vysoké postavení hlavy provést kleště, je snadnější provést obrat a vybavit plod za nohy. Vybavení plodu za nohy popisuje za těchto podmínek: dostatečné rozšíření branky děložní (úplně zašlá, nebo aspoň poddajná a skoro zašlá), prostorná pánev, příznivý poměr mezi plodem a pánví, širší a ochablé měkké cesty porodní. Poloha rodičky na zádech, podložená pánev, příčně přes lůžko pro dobrý přístup lékaře. Dále je důležité, aby rodička měla vyprázdňený močový měchýř i konečník, pomůcky jako k normálnímu porodu a porodnické kleště (na vybavení hlavičky), více teplých plen připravit pro oživování novorozence, aspoň 2 osoby (držení nohou rodiče, chránění hráze, masírování dělohy). Vybavení plodu koncem pánevním autor popisuje jako operaci o 4 jednáních:

- a) vybavení těla plodového až po pupek
- b) provedení trupu až k podpaží
- c) uvolnění a strhnutí paží

d) vybavení hlavy

Jednání první: vybavení za obě nebo za jednu nožku plodu je snadné. Pokud jde jen jedna nožka, druhá je natažena vzhůru podél břišní stěny, pokusíme se i druhou nožku stáhnout. Pokud je řiť hluboko vystouplá v pánvi, bylo by stahování nesnadné a zbytečné. Dochází k rozšiřování porodních cest, což je příznivé při pozdějším pronikání hlavičky. Vybavení probíhá tak, že palec naléhá na lýtko a ostatní prsty na přední plochu bérce. Za pomoci kontrakce, ve směru pánevní osy šetrně oběma rukama vytahujeme buď v pohybech zlehka točících, nebo nahoru a dolů směřujících. Nožky zahálíme do pleny, aby se porodníkovi ruce na kluzkých částech plodu nesmekaly. (obr. 2). Vybavené končetiny uchopujeme stejným způsobem, vždy co nejbližší rodidel, až nakonec jsou palce na hýždích plodu, podél kosti křížové a ukazováčky v ohybech kyčelních. (obr. 3) Až do porodu řiti táhneme šetrně jen při kontrakcích směrem dolů, při porodu řiti už mírně vodorovně. Části plodu narozené při těchto táhnutích musí být drženy tak, aby podélná osa trupu zachovávala směr prodloužené osy pánevního východu. Kontrakce děložní podporujeme masírováním děložního fundu. Jednání druhé, kdy plod je vybaven až po pupek. Důležité je uvolnit pupečník aby nebyl stlačen nebo příliš napínán. Dojde-li k problému, že se pupečník nachází mezi nožkami plodu a směřuje přes hýždě plodu a nelze-li ho povytáhnout, popisuje autor, že je možno jej už v této fázi porodu podvázat tkanicí a přestříhnout a co nejrychleji plod vybavit. Poté plod držíme za hýždě a kývavým pohybem nahoru a dolů jej potahujeme, až se v pánevním východu objeví podpažní dutina nebo konec lopatky plodu. Při tom pomocník podporuje práci porodníka tlakem na dno dělohy, aby nastaly delší a silnější kontrakce děložní. Jednání třetí spočívá ve vybavení paží a nebývá za obvyklých okolností spojeno s obtížemi. Plod je vybaven po lopatky, jednou rukou držíme plod za nožky a podzdvihneme jej v tu stranu, kde je jeho hřbet a druhou rukou podél hrudníku vytáhneme jednu nebo obě paže. Pokud jsou ručky vztyčeny podél hlavičky, postupuje se tímto způsobem: pravou rukou vybavujeme pravou paži, levou rukou zase levou paži dítěte. (obr. 13) Nejdříve vybavujeme zadní ručku, protože se nalézají hlouběji v prostornější zadní části pánve, je snadněji přístupná a po jejím vyproštění je více místa pro vybavení

raménka druhého. Při tomto manévru držíme tu ruku, která dlaní směřuje k plodu za trup, řiť nebo nožky plodu (což je nejvýhodnější) a zvedáme nahoru a na stranu rodičky, ve které se paže, o níž se jedná, nenalézá. Druhou ruku zavedeme podél hřbetu plodu do pánevní dutiny až ke kloubu loketním. Tiskem jen za kloub loketní k protější straně pánve, dále přes tvář a postranní plochu trupu stahujeme ručku (nikoliv zaháknutým ukazováčkem za předloktí plodu, tím by došlo ke zlomeninám a vykloubeninám ručky) Poté otočíme plod kolem jeho podélné osy, aby se druhá ručka nacházela v zadní části, a stejným způsobem ji vytáhneme. Jednáme vždy opatrně zvolna. (KŘÍŽEK, 1876, s 542-456)

Jednání čtvrté: trup i paže plodu jsou vybaveny, hlavičku vybavujeme několika způsoby:

- a) Nejstarší způsob, Smellieův hmat, spočívá v tom, že tělíčko plodu zabaleno v teplé roušce si položíme na tu ruku, na kterou stranu je otočen obličejík plodu, prostředník a ukazovák téže ruky vsuneme mezi hráz a krk plodu až k horní čelisti plodu, klademe je do jamek oblouku kosti jařmové. Snažíme se přiblížit bradu k hrudníku. K tomu nám pomáhá i druhá ruka, která ukazováčkem a prostředníkem zavedeným na záhlaví plodu jej tlačí do vyhloubení kosti křížové. Při kontrakci děložní mírným tahem vybavíme nejdříve obličej nad hrází, a jemným otáčením dovybavíme i část lebeční. Tento způsob je výhodný, když je hlavička hluboko vystouplá, široké ústí pochvy, silné kontrakce a nepřiliš velkém plodu. (obr. 4)
- b) Hmat Smellieův, Veitem změněný znamená, že poslední článek prstu ruky, na které držíme plod, zahákneme za dolní čelist plodu, mírně táhne dolů, dva prsty druhé ruky se zaháknou na hřbetě plodu přes ramena a stahuje plod dolů, až se za sponou stydkou objeví záhlaví. Poté celé tělíčko zvedneme nahoru a porodíme obličej a celou hlavičku. Autor popisuje, že opět všechny úkony děláme šetrně, vždy při kontrakci, asistent masíruje děložní fundus. Dokonce uvádí, že pokud porodník cítí dýchací pohyby hrudníku, tepající pupečník a hlavička je porozena aspoň po ústa, můžeme vyčkat na další kontrakci. Údajně je tento způsob porodu KP nejšetrnější.

- c) Hmat pražský se prováděl v pražských porodnicích a popsal jej Kiwisch. Po porodu paží uchopí porodník jednou rukou obě nožky plodu (při I. postavení levou rukou, při II. postavení zase pravou) jemně stahuje plod kolmo dolů, dva prsty druhé ruky hákově položíme přes zádička plodu do nadklíčkové oblasti, obloukovitě shora a zepředu dolů a „nazad“ mířícím táhnutím, stáhneme záhlaví do hlubiny pánve. Pak rychle zvedneme trup plodu k břichu rodičky a tím se nám porodí hlavička. (obr. 5)
- d) K. Braun přeměnil hmat pražský - porodník stojí u rodičky z té boční strany, kde je uložen hřbet plodu. (např. I. postavení –na levé straně. po porodu paží pravá ruka se hranou dlaně opírá o ohanbí rodičky, palec je zaklesnut za jedno rameno a ostatní prsty za druhé rameno plodu. Ukazováček a prostředník druhé ruky (v našem případě levé) zavede pod tělíčkem dítěte k dolní čelisti. Druhý asistent zatím pomalu zvedá trup plodu. Tu přibližuje k hrudníku, až se porodí za hrází brada plodu. Ruka opouští dolní čelist a uchopuje plod za oba bérce v oblasti kotníků a rychlým obloukovým pohybem zvedá trup k pupku rodičky. Druhá ruka tlakem na ramena vybavuje hlavu. Jeden pomocník tlačí na dno děložní, druhý podporuje hráz, ale ne moc, aby to nebránilo v porodu hlavičky. (KŘÍŽEK, 1876, s. 547-550)

2.2.3 Nepravidelný mechanismus a komplikace

V 1. a 2. jednání je popsána nejprve komplikace - zúžená pochva a štěrbina stydká, nejčastěji u prvorodiček. Plod naléhá většinou hýžděmi. Pomocí ukazováku a prostředníku, který zahákneme za kyčelní kloub a za současného otáčení pomalu plod táhneme dolů. Branka je tuhá nebo křečovitě stažená kolem vybavené nožky a brání postupu hýždí - nařízneme okraj branky nebo omámíme rodičku chloroformem. Ve 3. jednání - ramena jsou vztyčená a uskřínutá mezi hlavou a stěnou pánve. Rosshirtova metoda doporučuje zavést ruku přes hřbet plodu k jeho ramenu a dlaňovou plochou stáhnout paži přes hrudník dolů. Toto jde, když je příčný průměr trupu v přímém průměru hlubiny pánve - rameno je obráceno do vyhloubení kosti křížové. Pokud jsou obě paže vztyčené, v týle překřížené a nacházejí se za přední stěnou

pánve, oběma rukama uchopíme trup plodu co nejbliže k rodidlům a opatrně jej částechně vsuneme zpět do pánve, plod opatrně pootočíme, aby se jedno rameno nacházelo k zadní části pánve. Hlavička je obrácena obličejem k přední stěně, rukou zavedenou přes hrudník k ramenu stahujeme paži podél hrudníku dolů. (KŘÍŽEK, 1976, s. 550-552)

Další komplikace nastává, když je jedna paže porozena. Tehdy radí autor nasadit kleště a porodí se hlava i s ručkou. Při těchto potížích je lepší rodičku položit do polohy naboku (které rameno budeme rodit). Pokud je paže uskřinutá v pánvi a vyžaduje-li stav dítěte nutnost rychle porodit, upřednostňuje se zlomit paži, ale před tímto výkonem musí porodník oznámit tuto skutečnost rodičce i všem přítomným. Komplikace ve 4. jednání je dána nepříznivým postavením hlavičky plodu a nepoměrem pánve. Při postavení obličejem ke sponě stydké dle rady Chaily-Honorého se v přestávce porodních kontrakcí hlavička otočí obličejem k protějšímu úhlu kosti křížové. Naegele, ještě před ním to navrhla Lachapellová, doporučoval zavést ruku přes hřbet plodu do vyhloubení kosti křížové a nyní otočit hlavičku tak, aby obličej směřoval ke kosti křížové za pomoci druhé ruky, která drží plod v obličejí. Kilian, který se chtěl hmatům na obličejí vyhnout, protože často způsobili plodu poranění, nabádal zavést ruku na záhlaví plodu a v přestávce KD plod zasune mírně zpět do pánve a při tom otočí opatrně bez násilí hlavičku. Všechny tyto způsoby se dají použít, když se hlavička nachází vysoko v pánevním vchodu, nebo hlavička vstoupila do pánve a ta je dostatečně prostorná. Když nelze hlavičku otočit, je nutné ji co nejdříve porodit, zvedneme trup plodu k břichu matky, zavedeme ruku přes hřbet plodu až na ramena a tahem porodíme nejdříve záhlaví, temeno, čelo a obličej. Pokud ani tento hmat nevede k cíli- nutno na porod hlavičky použít kleště.

Jiný, zcela opačný hmat doporučil Smellie, když je hlavička hluboko vystouplá a nelze ji již otočit, trup plodu skloníme dolů, 2-4 prsty vložíme za přední stěnu pánve na obličej plodu, prst vložíme za dolní čelist, přitiskneme bradu plodu k hrudníku a hlavičku vytáhneme. Při příčném postavení hlavy se použije hmat, který doporučil Chailli-Honoré, nebo hmat Smeilliho, případně použít hmat Naegeleho. Křížek nikdy neschvaloval na takto postavenou hlavičku použít kleště. Při pánevním nepoměru

nemaříme čas ručním vybavováním plodu, ale použijeme kleště. U pevného sevření branky kolem krku plodu Kilian radí v případě malého plodu, vybavit paže i hlavičku najednou. Když je plod velký, nebo pánev je zúžená a hlava i paže jsou sevřeny brankou, uspíme rodičku chloroformem. Pokud nemáme chloroform po ruce, nařízíme na několika místech branku a použijeme kleště. Když je velký odpor pánevního dna a úzká pochva nutno pro záchranu plodu použít kleště a provést epiziotomii hráze. Jedná-li se o rychlé vybavení plodu macerovaného, nesmíme táhnout za ramena, ale zavést ruku do rodidel, dva prsty háčkovitě vložit do úst a plod vybavit. (KŘÍŽEK, 1786, s. 553-556)

2.2.4 Vybavení plodu za řiť

Při vybavení plodu za řiť Křížek nabádá ke stahování jedné nebo obou nožek, aby je bylo možno použít jako „rukojet“. To lze, jsou-li hýždě vysoko nad vchodem, jsou pohyblivé. Při naléhání hýždí a patiček stahujeme jednu, níže položenou nožku. Tato neúplná poloha nohou je lepší při dalším vybavování plodu, kdy hýždě spolu s nožkou mají větší objem a více rozšíří měkké porodní cesty, což umožní snadnější porod hlavičky a zajistí pravidelný mechanismus porodu. Jsou-li nožky plodu nataženy podél břicha plodu, stahuje se nožka takto - zavedeme ruku mezi stěnu děložní a zadní plochu stehna plodu, že prsty sahají až k bércům, zachytanou bérec za přední stěnu, palec do ohbí kolena a táhneme nožku dolů. Aby se patička nacházela vedle hýždí plodu. Načež vykonáme to samé i u druhé nožky a vytáhne je před rodidla. (KŘÍŽEK, 1876, s. 556-558), (obr. 14)

Výhodnější je, když je plod obrácen břišní plochou k přední stěně děložní. Položíme rodičku na bok, kde se více nachází hřbet plodu, stojíme za rodičkou a rukou vnikneme do rodidel a vytáhneme výše uvedeným způsobem jednu nebo i obě nožky. Načež se rodička položí na záda a porod dokončíme: při tahu za jednu nohu plod pomalu a šetrně otáčíme hřbetem obloukovitě vpřed. Když máme vybavenou přední nožku, hýždě se nacházejí v pánevním východu, lze porod usnadnit a urychlit takto: vybavenou končetinu šetrně pozdvihujeme co nejvíce k břichu matky a k břišní straně plodu v koleně ohnutou - palec leží na holeni, ukazovák na vnitřní straně stehna a tři

prsty hřbetní plochou potírají zadní stranu stehna. Druhá ruka vniká do pochvy podél vybavené hýždě, přes křížovou kost ke druhé hýždě a kyčli silným tahem směrem vzhůru pánev posuneme a vyprostíme druhou kyčel. Poté položíme palce vedle sebe podél kosti křížové, ostatní prsty přes kyčle k břichu plodu a za stálého pozdvihování pánve plodu vybavíme i druhou nožku.

Když plod hýžděmi vnikl hluboko do pánve, že nelze ani jednu nožku stáhnout, musíme porodit plod hýžděmi. Zavedeme dva prsty ruky háčkovitě za přední kyčel plodu a při KD táhneme dolů a dopředu ve směru pánevní osy hlouběji do porodních cest. Pak zavedeme i druhou ruku za druhou kyčli a střídavě ji stahujeme hlouběji do por. cest. (obr. 6) Hýždě jsou v pánevním východu, pokračujeme ve vytahování plodu směrem vzhůru a porodíme nožky plodu. Poté pokračujeme v porodu tahem vzhůru a plod dovybavíme. Autor uvádí, že porod hýžděmi bývá namáhavý a nejobtížnější. Je to dáno tím, že hýždě plodu se při začátku porodu nalézají výše, poměr mezi plodem a porodními cestami je nepříznivý a rodička méně spolupracuje (slabé KD). Ale i přesto nesmíme používat na živém plodu nějakých nástrojů (kliček, háků, kleští), jelikož bychom mohli snadno plod nebezpečně poranit. Hák lze použít jen při vybavování mrtvého plodu (dle Smelliho). Při zavádění do pochvy jej kryjeme rukou, aby nedošlo k poškození poševní stěny. Kleště, určené na hlavu plodu, taktéž autor nedovoluje používat, mohlo by dojít k poranění matky. Ve velmi těžkých případech můžeme použít kefalotriktor. Když se dítě při poloze KP rodí jakkoli, buď za jednu nožku, za obě nebo i hýžděmi, musíme při pravidelném průběhu a přirozenými silami podporovaném průběhu vždy myslet na to, že když je plod, porozen po pupek, stlačuje hlavička pupečník ke stěně pánve. Důležité je kontrolovat tep pupečníku, aby nebyla přerušena výměna krve mezi matkou a plodem. Pokud necítíme tep pupečníku a ani dýchací pohyby břicha a hrudníku plodu, je to známka k rychlému manuálnímu ukončení porodu, což za příznivých okolností bývá snadné. Další příznak, oznamující nebezpečí hrozící plodu, je odcházející smolka. Při poloze hýžděmi to ale nemusí značit riziko, poněvadž je to přirozený následek přitažení nožek plodu k hrudníku. (KŘÍŽEK, 1976, s. 559-562)

3 Vedení porodu koncem pánevním ve 20. století

3.1 Vedení porodu koncem pánevním v první polovině 20. století

Slámová uvádí, že polohy plodu koncem pánevním nejsou signálem k tomu, aby porodník jakýmkoliv tahem za rodičí se nebo již porozenou plodovou část, chtěl urychlit a ukončit porod. To má naopak za následek řadu nepravidelností. Nejvýhodnější pro plod, i pro matku jak při poloze KP tak i záhlavím je, dáme-li porodu možnost proběhnout za normálních poměrů, samovolně. Manuální pomoc má být poskytnuta tehdy, když porod vážne a nutí k ní zvláštní indikace buď ze strany matky, nebo plodu. (OSTRČIL, 1942, s. 99)

Zásady, které doporučila při vedení porodu při poloze KP, se shodují s názory Křížkovými, školou Rubeškovou i Ostrčilovou. Od prvních porodních bolestí necháme ležet rodičku na lůžku, aby nedošlo k předčasnému odtoku plodové vody. Vyklenuje-li se vak blan do pochvy, chráníme jej kolpeurynterem. Došlo-li k odtoku plodové vody, konec pánevní není vystouplý v pánevním vchodu a porodní bolesti jsou slabé, zavede se do dělohy metreurynter. Došlo-li k rozvinutí hrdla a branky, bolesti jsou stále slabé, doporučuje se stáhnout jednu nožku hmatem Pinardovým. Později můžeme za nožku provést extrakci plodu. Jinak, probíhá-li vše správně, klidně vyčkáváme. Jakmile se hýždě objeví v pánevním východu, rodičku položíme příčně na postel nebo na operační stůl, aby bylo porodníkovi umožněno přispět k zdárnému průběhu porodu. Zbytečně do porodu nezasahuje jakýmkoliv tahem za hýždě, poněvadž by porušil normální porodní mechanismus a držení plodu. Poprvé se zmiňuje o tom, že porodník mimo kontrakce kontroluje ozvy plodu a radí rodičce, jak má správně tlačit. Po porodu hýždí porodník kontroluje pupečník. Nyní by měl být plod porozen během následujících dvou kontrakcí, aby nedošlo k hypoxii plodu. Po porodu trupu porodník co nejvíce pozvedne plod, aby umožnil přes hráz porod zadního raménka, načež plod skloní a za sponou stydkou se porodí druhé raménko. Postup hlavy řídíme Rubeškovým hmatem. Jednou rukou uchopíme dolní končetiny

i s trupem a vyzvedneme je nahoru. Palec druhé ruky vložíme do úst plodu, a prsty chráníme hráz. Přidržíme hlavičku, aby nevyklouzla najednou a neroztrhla tím hráz. Jsou-li porozena ústa plodu a plod již může dýchat, není zapotřebí pospíchat, postupujeme milimetr po milimetru, doporučuje autor.(obr. 7) Abychom předešli vzniku hlubších vaginoperineálních trhlin je důležité, aby rodička při vybavování hlavičky měla natažené a svislé dolní končetiny. Při této poloze je hráz nejméně napjatá. Toto je normální vedení porodu koncem pánevním. Pokud po porodu hýždí a trupu po pupek porod i přes masáž dělohy nepostupuje, vstříkneme podle Ostrčila matce do žíly tolik kapek pitocinu, až se dostaví kontrakce, rodička dostatečně zatlačí a asistent vykoná expressi dle Kristellera. Pokud porod ani nyní nepostupuje, což se dle autora stává málokdy, poskytujeme tzv. manuální pomoc. Pozornost autorů zaujal nový způsob vedení porodu KP, doporučovaný holandským porodníkem Brachem na mezinárodním kongresu pro gynekologii v roce 1938 v Amsterdamu. Jeho princip nechává co možná nejvíce působit přirozený porodní mechanismus, který snižuje možnost vzniku častých luxací a fraktur, porušení kostních diafýz a zhmoždění brachiálního plexu. Spočívá v tom, že oběma rukama uchopíme rodící se konec pánevní a směrem vzhůru a dopředu otáčíme plod kolem spony, tímto způsobem snížil úmrtnost dětí na 0%. (obr. 8) Dle autorů ručky samy vyklouznou, a vybavení hlavy se dokončí účelným Rubeškovým hmatem. (OSTRČIL, 1942, s. 104-105)

Principy vedení porodu při konci pánevním: nezasahovat zbytečně do průběhu porodu, neporušovat porodní mechanismus, včasným zvedáním porozené části plodu usnadnit vyklouznutí ostatním částem těla plodu, podporovat porod hlavy tlakem na dělohu, v případě potřeby intravenózní injekcí pitocinu urychlit porod, účelně chránit hráz Rubeškovým hmatem. (OSTRČIL, 1942, s. 105-106)

3.2 Přístupy k vedení porodu koncem pánevním v sedmdesátých letech

Podle Dlhoše pokud je plod v děloze v poloze koncem pánevním přináší to většinou nějaké komplikace pro matku i pro plod. Vyžaduje častější operativní výkony, tudíž

zařadil tuto polohu mezi patologické. Příčiny polohy KP byly odpozorovány při vývojových anomáliích dělohy, při polyhydramniu, u mnohočetného těhotenství, vcestného lůžka, myomech v dolním segmentu dělohy a při předčasných porodech. Je-li pánev normálního typu, držení plodu je neporušené, a porodní síly dostatečné, může plod projít porodními cestami nerušeně. Prognóza porodu nebývá vždy tak příznivá jak u porodu při poloze podélné hlavičkou. Velmi často pozorujeme předčasný odtok plodové vody, někdy dokonce nevhodně v těhotenství a poté následuje předčasný porod nezralého plodu. Příčinu předčasného odtoku autoři vysvětlují tím, že hýždě plodu netěsní dolní segment tak dokonale jako hlava, oddělení přední a zadní plodové vody není úplné. V dolním pólu se hromadí větší množství plodové vody, stoupá hydrostatický tlak a ten je příčinou, že vak blan předčasně praská. Často se stává, že vyhrězne pupečník, neznamena to akutní nebezpečí pro plod, vysvětluje autor, poněvadž pupečník obvykle vyhrězne mezi stehny a nebývá zpravidla komprimován. Další komplikaci pozorujeme během první doby porodní. Rozšiřování hrdla a branky postupuje velmi pomalu, poněvadž hýždě neuskutečňují dilataci tak jako hlavička. Proto je nutné podporovat farmakologicky činnost děložní a především dilataci měkkých cest. Prodloužený porod v poloze koncem pánevním přináší riziko ascendentní infekce do dutiny děložní, projevující se horečnatým onemocněním šestinedělky, usuzují autoři, dále je plod ohrožen infekcí a hypoxií. Tyto komplikace si často vyžadují operační ukončení porodu, což je riziko pro plod a někdy také i pro matku. Úmrtnost plodů v souvislosti s operacemi je dle Dlhoše až desetkrát větší než u spontánního porodu v poloze záhlavím. Z toho vyplývá, že každá těhotná, u níž je zjištěna poloha KP musí být pod velmi pečlivou kontrolou. Je důležité zevním i vnitřním měřením vyšetřit pánev a včas rozhodnout o způsobu vedení porodu. Těhotná žena se musí vyvarovat prudkých pohybů a namáhavé práce, aby nenastal předčasný odtok plodové vody. Protože porod v poloze KP přináší určitá nebezpečí pro matku i plod, navrhovali někteří porodníci ve 35. - 36. týdnu gravidity preventivně provedení obrat zevními hmaty, aby porod probíhal hlavičkou. Autoři ale obraty nedoporučovali, jelikož se neosvědčil. Plod se v poloze podélné hlavičkou neudržel, vracel se zpět do původní polohy, nebo zůstane v poloze šikmé, může předčasně odtéci plodová voda,

může se začít předčasně odlučovat lůžko, nebo vyprovokovat děloha k předčasným stahům a následně k předčasnému porodu. Porod vedeme tak, že se snažíme co nejdéle udržet vak blan, rodičku ukládáme na bok na tu stranu, kde se nachází hřbet plodu. Medikamentózně porod neurychlujeme, poněvadž chceme, aby dilatace měkkých porodních cest probíhala rovnoměrně a také aby při silnějších kontrakcích nedošlo k předčasnému odtoku plodové vody. Pokud praskne vak blan, většinou kontrakce zeslábnu, abychom předešli prodlouženému porodu a komplikacím, které jsou s ním spojené, posilujeme kontrakce děložní infuzí s Oxytocinem. Po nastoupení vydatných kontrakcí, doplníme medikaci Dolzinem se spasmolytickým a analgetickým účinkem. Po skončení první doby porodní, kdy se hýždě plodu nachází na pánevním dně, začne rodička při každou kontrakci používat břišní lis. V této fázi porodu se porodník chová pasivně, sleduje prořezávání hýždí, kontroluje ozvy plodu, ochraňuje napínající se hráz. Každý tah za hýždě může porušit porodní mechanismus držení plodu. Autoři zde poprvé popisují preventivní provedení vydatné epiziotomie. Po porodu hýždí plodu, je třeba aktivní pomoci porodníka. Pomoc spočívá v podpoře normálního mechanismu porodu v poloze koncem pánevním, jemně rukou podpírá tělo plodu, aby plod za porodu postupoval ve správném směru, a kontroluje pupečník. Pokud by to porodník neučinil, plod by svojí vahou klesl dolů, což by narušilo normální porodní mechanismus. Když je přední raménko před sponou, skláníme plod dolů, až se opře ramenem o hypomochlion. Poté trup zvedáme a přes hráz porodíme zadní raménko. Při porodu ramének podáváme intra venózně Oxytocin, abychom předešli přestávce děložních kontrakcí a porod mohl nerušeně postupovat. Pro zachování porodního mechanismu porodu hlavičky je třeba zvednout plod postupně dopředu. Popřípadě použít Mauriceau-Smellieova hmatu, jen s tím rozdílem, že prsty nezavedeme do úst, ale opřeme o jařmové výběžky a za současného zvedání plodu porodíme hlavičku. Tato jednoduchá metoda vedení porodu respektuje porodní mechanismus, nenarušuje držení plodu a je pro plod velmi prospěšná. Podle autora se v tuto dobu velmi často používala metoda Covjanova, kterou podrobně popisuje. Jakmile se porodí hýždě plodu, obě ruce uložíme kolem zevních rodidel, jemně jimi obejmeme plod, takže postupuje mezi oběma rukama. Pomocí

palců a ostatních prstů přidržíme rodící se plod, aby postupoval ve správném směru pánevní osy, tzn. velkým obloukem směrem dopředu. Po porodu ruček zvedáme plod více k břichu ženy, čímž podporujeme samovolný porod hlavičky. (obr. 9) Bra-
cht doporučil metodu, kterou dle autora nemůžeme označit za fyziologickou. Podle ní má porodník po porodu hýždí obejmout plod oběma rukama a za současného tahu zvedat plod, k břichu ženy za pomoci páčení. Druhá osoba má tlačit skrze stěnu břišní na hlavičku. Je to aktivní zásah do porodního mechanismu, který může někdy způsobit řadu komplikací. Autor řadí tuto metodu k metodám operačním. (DLHOŠ, KOTÁSEK, 1969, s. 270-271)

Komplikace: je-li držení plodu narušeno, nejčastěji tahem, mohou se někdy vztyčit ručky (manuální extrakce, zásah porodníka tahem za hýždě v průběhu fyziologického porodu). Nutno použít speciální metody k jejich vybavení, buď klasické s přetočením plodu, nebo kombinované. Další komplikace je abnormální rotace hlavičky. V takových případech buď použijeme obráceného hmatu Mauriceau-Smellieova, nebo hlavu postupně přetočíme do správné polohy. Podobně postupujeme i tehdy, pokud zjistíme, že hlava není v pánevním východu ještě dorotovaná, někdy může zůstat i v příčném stavu. Nejtěžší komplikace nastane tehdy, jestliže porodník přehlédne zúženou pánev. Plod se porodí po lopatky a dále nepostupuje. Hlavička uvázne v pánvi. Veškeré hmaty jsou nebezpečné. Za těchto okolností se hlava musí rychle a nadměrně konformovat, takže velmi často plody zahynou na rozsáhlé nitrolební krvácení. Je důležité ještě před porodem důkladně proměřit pánev. Zjistíme-li její zúžení je nutno včas provést břišní císařský řez. Ten děláme i u starých prvorodiček, u nichž jsou měkké porodní cesty tuhé, dále tehdy, pokud děložní činnost je slabá, porod nepostupuje a medikamentózní léčba je neúspěšná. (DLHOŠ, KOTÁSEK, 1969, s. 272)

3.3 Přístupy k vedení porodu koncem pánevním v osmdesátých létech

Kotásek a kolektiv v porodnictví z roku 1972 popisuje postup, průběh i komplikace stejně, ještě přidává, že v některých ústavech se při vedení porodu při poloze plodu

koncem pánevním užívá metody Thiessenovy. Princip této metody je následující: při pronikání hýždí plodu pánevním východem, se vykoná prokainová infiltrace v oblasti nervu pudendí a mírným tlakem na zevní rodidla zadržujeme výstup hýždí z rodidel. Tímto nezabraňujeme v rozvinutí pánevního dna. Když je hráz maximálně rozepjatá, na začátku děložní kontrakce podáme rodičce Oxytocin intravenózně, při vrcholu kontrakce provedeme vydatnou laterální epiziotomii a vyzveme rodičku k tlačení. Dále přidržujeme rodící se plod tak, že ukazovák vsuneme do inquin, palce obemknou stehna, zbylé prsty přiložíme na křížovou krajinu plodu. Trup plodu přidržujeme, můžeme napomoci porodu ramének nejdříve skloněním a pak mírným zvednutím trupu. Krátce poté se porodí hlavička, je-li třeba, použijeme hmatu Mauriceau-Smellieova. (KOTÁSEK, 1972, s. 308-316)

3.4 Přístupy k vedení porodu koncem pánevním v devadesátých letech

Pravděpodobnost polohy plodu koncem pánevním je tím větší, čím více týdnů schází do termínu porodu (relativně více plodové vody, rozšířený dolní děložní segment se sníženou aretační schopností). Kromě již uvedených příčin přidává autor ještě ochablý dolní děložní segment u vícerodiček, hydrocefalus, velký plod, s velkou hlavičkou, a zejména předčasně odumřelý plod. I když se jedná po polohu podélnou, patří KP k rizikovým porodům, protože u takto rodících se plodů je větší mortalita i morbidita. Operační ukončení vaginálních porodů u konce pánevního zanechávaly stopy i v pozdějším vývoji plodu. Zevní obraty na hlavičku při použití tokolytik stále autoři nedoporučovali, kvůli nežádoucím komplikacím. Většinou již při vstupním vyšetření rodičky a někdy i před porodem se u starších primipar při velkém plodu, a za předpokladu, že se bude muset zasáhnout operační extrakcí (neúplný KP nožky), indikovalo ukončení porodu abdominálním císařským řezem. Autor kladl velký důraz na pečlivé zhodnocení prostorových poměrů pánve vzhledem k rozměrům hlavičky plodu. U vaginálně vedeného porodu úplného konce pánevního většinou udává předčasný odtok plodové vody, následnou poruchu porodní činnosti, kterou lze upravit medikamentózně. Nedovolí rodičce tlačit před úplným zajítím branky.

Porod je veden metodou dle Covjanova nebo podle Brachta, uznává oba dva způsoby. Porodí-li se plod po dolní úhel lopatek, podává se rodičce intravenózně 10 ml 10% glukózy s 5j. Oxytocinu na porod hlavičky. Stále platí, že druhá osoba tlačí na hlavičku přes stěnu břišní ve směru porodního kanálu. Komplikace při vedení porodu koncem pánevním vyplývají většinou z nezkušenosti a nedočkavosti porodníků. I když ve světě jsou v tuto dobu pracoviště, kde stačí k indikaci k sekci poloha plodu koncem pánevním, u nás se tento radikální názor zatím neprosadil, ale v zájmu plodu se podstatně rozšířili indikace k sekci. (PONTŮCH, 1987, s. 261-262)

3.5 Vedení porodu koncem pánevním na konci 20. století

V učebnici porodnictví, z roku 1999 udává Čech výskyt přibližně 3% této nepravidelné polohy na konci těhotenství. Podle Přecechtěla plod, který přetrvává v poloze KP může mít narušení či pozdní vyzávání otolytického aparátu. K příčinám přidává oligohydramnon, nedostatečnou pohyblivost plodu (insuficience placenty), krátký pupečník a často může být příčina skryta. Rozhodnutí o postupu vedení porodu se neopírá jen o vnitřní a zevní palpační vyšetření, ale hlavně o ultrazvukovou biometrii, která určí váhový odhad plodu. Pro zjištění kefalopelvického nepoměru jsou důležité rozměry pánve. Vaginální průběh porodu, zejména první doba bývá u této polohy delší, autor to vysvětluje tím, že měkká hýžd'ová část plodu málo stimuluje sakrální nervové receptory, které intenzitu děložních kontrakcí ovlivňují. Mechanismus porodu probíhá ve třech rovinách, mechanismus hýždí, ramének, hlavičky, s častějšími komplikacemi. K poruchám mechanismu porodu patří, jak již bylo uvedeno předčasný odtok plodové vody, následná porucha děložní činnosti, dlouhá přestávka po porodu hýždí s následnou kompresí pupečníku, nedostačující zásobení plodu kyslíkem, vztyčení ruček při porodu ramének, spasmus branky a abnormální rotace hlavičky. Vzhledem k těmto komplikacím, řadí autor porod KP mezi rizikové porody. Současně uvádí, že je důležitá včasná diagnostika a výše uvedené komplexní vyšetření pro stanovení způsobu vedení porodu. Asi 50% se v tuto dobu rodí vaginálně. Císařský řez volíme kromě obecných příčin ze strany matky, plodu,

sdužených důvodů, ještě předčasné porody a porody hypotroffických plodů s váhovým odhadem méně než 2 500g a makrosomní plody s váhovým odhadem 4000g a více. Čech udává, že relativně může být indikace při váhovém odhadu 3500g. Dále zúžená pánev, suspektní kardiokografický záznam ozev plodu, nižší průtok v umbilikálním řečišti, dlouho odteklá plodová voda a nenastupující děložní činnost, neúplný konec pánevní, vysoko stojící konec pánevní, který nemá tendenci vstupovat do vchodu pánevního, poloha koncem pánevním u prvního dvojčete. O vedení porodu s polohou plodu koncem pánevním vždy rozhodne vedoucí lékař porodního sálu. I při vaginálním vedení porodu platí přísná kritéria, která vzhledem k jeho rizikovosti doporučují při vzniknuvší komplikaci, ukončit porod císařským řezem. Epidurální analgezie není kontraindikována. K zásadám patří, jak již bylo uvedeno, snažit se o co nejdelší zachování vaku blan, po spontánním odtoku plodové vody ihned vaginálně vyšetřit. Je zde nebezpečí výhřezu pupečníku, kontinuální kardiokograficky monitorovat ozvy plodu i děložní činnost. Na podporu děložních kontrakcí možno aplikovat infuzi 500ml 5%glukózy se 2jednotkami Oxytocinu. Je třeba zvážit aplikaci Oxytocinu, aby citlivost na něj zůstala zachována i pro II. dobu porodní. Před porodem je rodička vycévkována, porodník po dezinfekci zevních rodidel provede pudendální blokádu a infiltraci hráze 1% roztokem Mesocainu. Bolus Oxytocinem a vydatnou laterální epiziotomii porodník provede při porodu hýždí. Vlastní porod se vede většinou dle autora metodou dle Covjanova s manuální pomocí hlavičce. V Německu a na některých našich pracovištích používají metodu dle Bra-cha. K této metodě má autor výhrady, že by se mohla nepostupující hlavička nepřiměřeně páčit kolem dolního okraje symfýzy s možným následným nitrolebním traumatismem. Doporučuje manuální pomoc hlavičce hmatem podle Mauriceaua-Smellieho, při abnormní rotaci volí čech tento hmat, ale obráceně. Při deflexi hlavičky píše o velmi riskantním pražském hmatu. Při spazmu branky volí i. v. aplikaci Dolsinu. (ČECH, 1999, s. 184-189)

4 Porod koncem pánevním ve 21. století

4.1 Všeobecné poznatky o porodu koncem pánevním

Roztočil v učebnici z roku 2001 připomíná, že na zúženou pánev při rozhodování se o vedení porodu KP musíme myslet na vrozené vady pánve a komplikace po polytraumatech v oblasti malé pánve, abúzus matky (zejména alkoholu a vznik fetálního alkoholového syndromu). Ze strany plodu ještě udává vrozené vývojové vady plodu včetně chromozomálních (Downův syndrom). Diagnózu doporučuje stanovovat stejně jako Čech. Rizika pro novorozence při vaginálním vedení porodu jsou 4x častější, než při porodu hlavičkou, autor uvádí, že u plodu může dojít k poranění lebky, krční páteře, krvácení do dutiny lebeční, poranění míchy, jazyka, klíčků, mandibuly, dlouhých kostí končetin, pohmoždění měkkých částí, kůže, vnitřních orgánů, nervů, zejména plexus brachialis a genitálií. Toto trauma, vzniklé během porodu, značí pro nevhodně volený způsob porodu a nezvládnutí techniky porodu koncem pánevním. Častěji než u porodu plodu záhlavím vzniká hypoxie plodu. Následkem této hypoxie může nastat posthypoxické krvácení do mozkových tkání. K následkům patří dětská mozková obrna a i minimální poškození mozku má projevy v instabilitě dětí. Další známkou nezvládnutí porodnické techniky jsou závažnější poranění matky, resp. porodního kanálu, ruptury hráze, pochvy, hrdla a dolního děložního segmentu. I při porodu císařským řezem je matka ohrožena pooperačními komplikacemi, souvisejícími s tímto zákrokem. (ROZTOČIL, 2001, s. 246-248) Dále Roztočil uvádí i obrat konce pánevního v těhotenství na polohu hlavičkou. Popisuje neškodné metody pro plod i matku, které lze doporučit jako podporu obratu, ale výsledky nejsou prokazatelné: Genupektorální poloha s hýžděmi výše než hrudník, který je uložen na ploché podložce, provádět denně, opakovaně po dobu 10 minut. Dále několikrát denně poloha Trendelenburgova s abdukovanými dolními končetinami při relaxačním dýchání. Profylaktický obrat zevními hmaty se provádí pod kontrolou ultrazvuku a při kontinuální aplikaci tokolytik ve 36. týdnu gravidity. (ROZTOČIL, 2001, s. 247-248)

Zásady vedení porodu při poloze plodu koncem pánevním: nenastane-li spontánní děložní činnost do 39 týdne a nejsou indikace k primárnímu císařskému řezu, je vhodné porod indukovat. Co se týká vaku blan, polohování rodičky i předčasnému tahu za rodící se části plodu se shoduje s předešlými autory. Porod nesmí být ani protrahovaný a ani překotný, Důležité je taktéž poučit rodičku o správném použití břišního lisu a dýchání ve II. době porodní. Taktéž Roztočil souhlasí s profylaktickou mediolaterální episiotomií, nepřekročení pěti minut do porodu hlavičky, umožnění oxygenaci plodu uvolněním pupečníku v průběhu porodu a vždy k porodu volat neonologa. Ještě před termínem porodu musí porodník určit, zdali nejsou indikace k ukončení porodu císařským řezem, a tudíž lze, aby byl porod veden vaginálně. Jsou to: kefalopelvický nepoměr (velký plod, zúžená pánev), vysoko stojící konec pánevní - u prvorodiček, rigidit porodních cest, vrozené nebo získané morfologické vady dělohy, placenta praevia, věk prvorodičky nad 35 let - stará primipara, celkové onemocnění matky – závažné kardiopatie, diabetes melitus, výrazná preeklampsie, nepříznivá porodnická anamnéza, nemožnost použít břišního lisu v průběhu porodu v důsledku např. kýly, nespolupracující rodička, váhový odhad plodu pomocí UTZ pod 1500g a více než 3600g, hypotrofie plodu (IUGR), VVV plodu, hrozící hypoxie plodu, těžká Rh izoimunizace, naléhání nožkami nebo kolínky, výhřez pupečníku. Shoduje se s Čechem, že při vaginálním vedení porodu koncem pánevní platí přísná pravidla. Vzniknou-li během první doby porodní komplikace, např. akutní hypoxie plodu, farmakologicky nezvládnutelná děložní činnost, nepostupující porod, přistupuje se k ukončení porodu císařským řezem. Mechanismus porodu KP je složitý a správný průběh závisí na dvou činitelích: udržení pravidelného držení plodu a dostatečnosti porodních sil (kontrakce děložní a břišní lis). Jako metody porodu uznává Roztočil oba dva- dle Brachta i Covjanova a k žádnému nemá zvláštní podmínky. (ROZTOČIL, 2001, s. 251), (obr. 10, 11, 12)

Kudela souhlasí s Roztočilem, co se týká zásad pro vedení porodu při poloze koncem pánevním, liší se jen v tom, že při vstupu hlavičky do pánve a následné kompresi pupečníku, musí být plod porozen do tří minut. Stejně jako Čech udává, že se 50% porodů vede císařským řezem. Kromě obecných indikací ze strany matky

a plodu, volí tento postup ještě u: předčasných porodů do 34 týdne gravidity nebo hypotrofických plodu do hmotnosti 2500g. U makrosomních plodů se shoduje s Čechem i Roztočilem. Indikaci k sekci přidává ještě Kudela i předcházející císařský řez a sdružené indikace, např. léčená sterilita + starší primipara. Snaha o snižování fetální mortality a morbidoty, která je u porodů při poloze KP o něco vyšší než při poloze záhlavím, se stále více uvolňuje indikace k porodu per S. C.

Vaginální vedení porodu dle Covjanova dělí na I. a II. Covjanov II. doporučuje tehdy, když plod naléhá nožkami nebo kolénky. Porodník sterilní rouškou brání porodu nožek, nechá hýždě vstoupit na dno pánevní, tím se konec pánevní změni na úplný a postupuje se dle klasického Covjanova. Kudela v učebnici popisuje částečné i úplné extrakce plodu při poloze KP, ale upřednostňuje raději císařský řez. (KUDELA, 2008, s. 173-180)

4.2 Názory na spontánní porod koncem pánevním a císařský řez

Štembera udává, že rozšíření indikací k ukončení porodu císařským řezem ve vyspělých zemích v 70 letech, vedlo k nárůstu počtu císařských řezů, jejichž cílem bylo snížit perinatální úmrtnost plodů. I po překročení frekvence 10 – 12% SC nebyly výsledky tak jednoznačné, poněvadž určitý podíl tvořili i vlivy nemedicínské (např. ekonomické, uplatňující se v privátních zdravotních zařízeních, dále vlivy „lidského faktoru“ jak ze strany žen nebo lékařů). Tyto vlivy byly brzdou úspěšného snižování frekvence SC, k němuž docházelo začátkem 90 let, dle vypracovaných pokynů.

Ty se zaměřovaly na výuku mladých lékařů ve vedení porodu koncem pánevním a kleštěmi, dále na motivaci žen i zdravotního personálu. Jako důvod byly uváděny rizika komplikací pro ženu po porodu císařským řezem a rovněž zvýšené náklady na péči o tyto ženy. Akutní císařský řez ovlivnit nelze, ale lze ovlivnit plánování SC v době těhotenství. Odborná motivace by měla probíhat formou diskuse s retrospektivním rozбором zdravotnické dokumentace o indikaci k ukončení porodu císařským řezem. Motivaci žen, vyžadující primární SC, je poučit je o rizicích operativního zákroku. Je-li požadavek žen o SC neopodstatněný, odmítnout ho. Takový

postup se opírá o závěry mezinárodního projektu „Cíle medicíny - hledání nových priorit“, který se konal v 2 polovině 90 let za účasti 14 zemí včetně ČR a zástupců WHO. (ŠTEMBERA, 2003, s. 256)

Gimovský vychází ze studií Term Breech Trial, jejichž cílem bylo prozkoumat rozdíly a zhodnotit výsledky postupů. Nepříznivé výsledky porodů KP bývají výsledkem více faktorů, které vedou k uložení plodu KP a také ke komplikacím novorozencům, což jsou vrozené vývojové vady, předčasné porody a nízká porodní váha plodu. Jednoznačné vítězství císařského řezu před vaginálním porodem konce pánevního nebylo jednoznačně prokázáno. (GIMOVSKÝ, 2007, s. 34-39)

Hájek se taktéž zamýšlí nad vysokým počtem císařských řezů. Udává, že při poloze plodu KP odmítají ženy rodit spontánně, získávají informace z internetových zdrojů o komplikacích, bojí se. Dle autora je takových žen 79-92%. Jedním z faktorů je i malá zkušenost a obava lékaře s vaginálním vedením porodu KP. Často tak indikuje císařský řez v nočních hodinách, ve snaze vyřešit situaci. Taktéž tlak na porodníka při porodu tzv. V. I. P pacientek, nebo tlak otce u porodu, který je nervózní z délky porodu, obává se o partnerku a dítě. Hájek uvádí, že se u nás zvyšuje tzv. preventivní indikace k SC, do které patří i poloha plodu KP. Díky epidurální nebo spinální anestezii se snížilo riziko komplikací spojených s celkovou anestezií. Je důležité, aby se porodník nenechal ovlivnit moderními a tzv. „módními trendy“ a pečlivě uvážil své rozhodnutí. (HÁJEK, 2008, s. 19-22)

V další studii se autoři zamýšlí nad vztahem poranění genitálií mužského plodu při vaginálním vedení porodu KP. Netvrdí, že každý edém či hematoma na genitáliích má vliv na pozdější reprodukční funkci muže. Ale je známé, že zhmoždění testes může vést k jejich atrofii s následnou poruchou funkce. Dle urologů, při vyšetřování sterilních mužů se na tento problém většinou nemyslí. Nelze tedy z jejich studie vyvodit všeobecné závěry pro malý počet sledování, ale je to jakési upozornění na tuto problematiku. Neplodná manželství představují stále větší celospolečenský problém, proto je třeba věnovat pozornost poranění varlat při porodu mužského plodu koncem pánevním a jeho vliv na reprodukční schopnost. Rozhodnutí, zda porod KP mužského plodu vést vždy císařským řezem, by dala podrobnější studie, ve které by byl ob-

jektivně vyhodnocen vývoj testes a reprodukční schopnosti muže narozených vaginální cestou KP. (OROS, 2006, s. 157-158)

4.3 Obrat plodu zevními hmaty

Poloha plodu koncem pánevním komplikuje 3-4% porodů. Americká společnost porodníků a gynekologů (ACOG) po zveřejnění výsledků studie Term Breech Trial Collaborative Group došla k závěru, že vaginální porod při poloze plodu koncem pánevním již není vhodný, jelikož je spojen s vyšší novorozeneckou mortalitou a morbiditou než plánovaný císařský řez. Byla snaha omezit polohu plodu koncem pánevním pomocí zevních obrátů na polohu hlavičkou. Většina skupin uvádí 60 - 70% úspěšnost. V několika studiích, u nichž pokusy zevními hmaty o obrat bez podání centrální nervové blokády selhaly, byla podána spinální či epidurální anestezie. Vzhledem k tomu, že došlo k fetálním komplikacím, soubory žen byly malé, náklady vyšší, doporučovali užít nervovou blokádu jen tehdy, kdy lze okamžitě provést císařský řez. Ještě před použitím zevních obrátů musíme zjistit případnou patofyziologii, která vedla k tomu, že plod je v děloze uložen v poloze KP.

Obrat zevními hmaty je nejlépe naplánovat s navazujícím porodem tak, aby byl v 37 týdnu gravidity nebo později. Při užití nervové blokády je větší naděje na úspěch. Je důležité, aby byl přítomen anesteziolog a operační zázemí, pro možnost okamžitého ukončení porodu operačně. Tuto metodu komentuje Binder, že poloha plodu KP už není považována za fyziologickou, a doby, kdy se porod vedl vaginálně, jsou dávno pryč. Celosvětově převládá u odborné veřejnosti názor, že je lepší ukončit těhotenství císařským řezem, jelikož riziko komplikací je vysoké. (LONGO, 2007, s. 57-59)

4.4 Názory na spontánní porod koncem pánevním na začátku 21. století

Vaginálně vedený porod plodu při poloze koncem pánevním představuje zvýšené riziko komplikací, nelze však označit takové vedení porodu za postup „non lege artis“. Může to mít rozsáhlé forenzní následky. Jelikož je snaha o co nejbezpečnější

porodnictví jak pro plod i pro matku, nutno přistupovat k porodu koncem pánevním velmi obezřetně, zvláště pak u prvorodiček. (BINDER, 2004, s. 840)

Od roku 1965 využívají někteří porodníci skorovací systém Zatuchni-Andros. Je to řada doporučení, dle nichž je možno postupovat a vyvarovat se komplikacím. Tento systém používá bodové hodnocení 0 – 1 – 2, kritéria: počet těhotenství: primipara, sekundipara, multipara, dále týden gravidity: 39, 38, 37. Váhový odhad plodu 3600g, 3100-3600g, 3100g. Dilataci branky 2cm, 3cm, 4cm, předchozí porod KP: ne, jeden dva, vztah KP k pánvi: malý oddíl, velký oddíl, šíře. Pokud je skóre větší než čtyři, je to předpoklad pro úspěšné vedení porodu vaginální cestou. (HÁJEK, 2007, s. 34)

Doporučované postupy v prenatální péči obsahují informovat rodičku vaginálním vedením porodu KP, o rizicích a možnostech je minimalizovat. O možnosti porodu císařským řezem, plánovaným i akutním, taktéž o rizicích tohoto zákroku. Včas informovat těhotnou o možnostech obratu polohy KP na polohu hlavičkou zevními hmaty, které se provádí za přesně stanovených podmínek: 36-38 týden gravidity, dostatečná pohyblivost plodu a dostatek plodové vody, fyziologický průběh těhotenství a žádné operační výkony na děloze. Pokud se rodička rozhodne, tento výkon se provádí za dobu jednodenní hospitalizace, děloha je relaxována pomocí tokolytik, Wigandův manévr, poté minimálně 30 minutový kontrolní záznam KTG. Druhý den před propuštěním je ještě nutný kontrolní KTG záznam. Na základě lékařem podaných informací se žena rozhodne o způsobu porodu při poloze plodu koncem pánevním. Toto rozhodnutí by měl porodník respektovat a mělo by být stvrzeno podpisem informovaného souhlasu rodičky. (BINDER, 2004, s. 840)

Veškeré kroky, které vedou k úspěšnému ukončení porodu, lze označit „lege artis“. Patří sem i vaginálně vedený porod koncem pánevním po předchozím porodu císařským řezem, ovšem není to doporučované a časté. (Binder, 2004, s. 840)

K doporučením pro pokus o vaginální vedení porodu při poloze plodu KP patří: váhový odhad plodu 2500g – 3500g u prvorodičky, u víceroďičky 2500g – 3800g, konec pánevní úplný nebo řitní, prostorná pánev, fyziologický KTG záznam srdeční akce plodu, normálně postupující porod, flektovaná hlavička bez cirkumflexe kolem

krčku (lze-li to zjistit), informovaný souhlas rodičky. V případě potřeby musí být možnost okamžitého provedení císařského řezu. (HÁJEK 2007, s. 35)

II. dobu porodní vedou dva lékaři. Starší (primář) s víceletou praxí ve vedení porodu KP vaginální cestou vyučuje tuto metodu mladší kolegy. V případě vzniklých komplikací, přebírá vedení porodu a vždy je za porod zodpovědný. Dále musí být u porodu přítomen neonatolog, který má zkušenosti s resuscitací novorozence. (ŠTEMBERA, 2003, s. 259-260)

Neodkladnou součástí porodnického týmu je porodní asistentka, novorozenecká nebo dětská sestra, a Binder doporučuje i přítomnost anesteziologa. (BINDER, 2004, s. 842)

Štembera uzavírá, že z provedených studií v zahraničí i v ČR není důkaz o výhodě plánovaného porodu císařským řezem u polohy plodu KP. Tudíž při dodržení uvedených podmínek lze porod KP ve vybraných případech plánovat i vaginálně. (ŠTEMBERA, 2003, s. 261)

Hájek naopak nedoporučuje vedení porodu vaginální cestou u velmi úzkostné rodičky, která vysloveně žádá provedení císařského řezu pro polohu plodu koncem pánevním. Přání rodičky je v současné době jednou s indikací k vedení porodu KP. Téměř všechny prvorodičky rodí konec pánevní císařským řezem. Hájek uvádí, že je to kolem 80%. Jelikož nelze dopředu odhadnout, jak porod dopadne, je poloha plodu KP strašákem většiny porodníků. (HÁJEK, 2007, s. 37)

Při samovolné porodu koncem pánevním ponecháme vak blan co nejdéle. Snad jen u polohy řitní lze dirupcí vaku blan přispět k progresi porodu. Při odtoku plodové vody a příznivém vaginálním nálezu je indukce prostaglandiny nebo Oxytocinem lege artis. Nejlépe vždy před termínem porodu. Je nutný monitoring plodu po celou dobu indukce. Nutno pečlivě zvážit ostatní indikace, obecně doporučovány nejsou. V průběhu porodu lze posílit kontrakce infuzí s oxytocinem. Dirupce vaku blan jako indukce k porodu KP je kontraindikována. Epidurální analgezie je vhodná, ovšem až ve správném okamžiku porodu - branka 4-5cm, KP vstupující nebo těsně naléhající. V konečné fázi porodu je vhodné EDA přerušit, aby rodička mohla lépe tlačit s využitím břišního lisu. Pudendální blok v závěru II. doby porodní není žádoucí,

poněvadž prodlužuje vypuzovací dobu porodní. Při vlastním porodu je důležité nechat sestoupit hýždě plodu a umožnit rozvinutí perinea. Provést protitlak teplou mokrou rouškou. Ve vhodném okamžiku provést vydatnou epiziotomii a lehce, dle Covjanova, přidržovat plod ve směru porodního kanálu. Kontrolovat pupečník, netepeli ihned přistoupit k extrakci. Při vztyčení ruček vybavit je manuálně dle Mullera. Při porodu hlavičky aplikovat intravenózně 2j Oxytocinu, eventuelně na porod hlavičky využít manuální hmaty. Nepříjemná komplikace nastává při zadržení hlavičky nezašlou brankou. V tento okamžik intravenózně aplikujeme 50mg Dolsinu nebo 20 mg Nibainu. Nezabere-li to, anesteziolog uvede rodičku do hlubší anestezie, a možno provést i nástřih branky. Porod KP kontinuálně monitorujeme. Otec může být přítomen u porodu, ale nejsou dovoleny alternativní způsoby ve vedení porodu, např. židlička, vak, vana. (BINDNER, 2004, s. 840-42)

K absolutním indikacím, kdy porod koncem pánevním ukončit císařským řezem, Binder udává kefalopelvický nepoměr a překážka v porodních cestách. Další indikace vycházejí z prevence možných komplikací: váhový odhad plodu ultrazvukem u prvorodiček nad 3500g, u vícero-diček nad 3800g. Bereme ohled na porodní váhu předchozích, vaginálně porozených, dětí. Narušené držení plodu, kdy plod nahlá nožkou, oběma nožkama, kolénky. Hlavně při předčasném odtoku plodové vody. K další indikaci ze strany plodu patří intrauterinní růstová retardace. Ze strany matky je to VVV dělohy, myomatozní děloha a předchozí operační zákroky na děloze. Pokud není žádná indikace k SC, přesto nemůžeme zcela vyloučit komplikace při vaginálně vedeném porodu, které se projeví v průběhu II. doby porodní. Indikace k akutnímu ukončení porodu per SC je stejná u porodu záhlavím. Je to nepostupující porod více jak 3 hodin při pravidelných KD, délka I. doby porodní více jak 8 hodin, II. doby porodní déle jak 1 hodinu. (BINDER, 2004, s. 840)

4.5 Současný platný postup vedení porodu koncem pánevním

Na 22. konferenci Sekce perinatální medicíny ČGPS ČSL JEP dne 14. 4. 2005 byl účastníky schválen „Doporučený postup při vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze podélné koncem pánevním.“

Prenatální péče:

- a) Obrat plodu zevními hmaty do polohy podélné hlavičkou ve 36 – 38 týdnu těhotenství, za podmínek: fyziologický průběh gravidity, v porodnické anamnéze žádné operace na děloze, pohyblivý plod a dostatečné množství plodové vody.
- b) Informovanost rodičky. Rodička má právo být před porodem objektivně informována o potencionálních rizicích a výhodách spojených s císařským řezem a porodem vedeným vaginálně. Na základě těchto informací se rozhodne o způsobu vedení porodu a podepíše informovaný souhlas. Toto rozhodnutí by měl porodník respektovat (s výjimkou rozhodnutí, která jsou v příkladu s aktuálními poznatky správné porodnické praxe).

Porod: Porod je možno vést vaginálně i císařským řezem, pokud možno nejpozději v termínu porodu. Kromě absolutních porodnických indikací k císařskému řezu respektujeme i širokou škálu indikací racionálně vycházejících z prevence možných intrapartálních komplikací.

Vaginální vedení porodu není doporučeno: při ultrazvukovém odhadu hmotnosti plodu u prvorodičky nad 3500g, u vícerodičky nad 3800g, s přihlédnutím k porodní hmotnosti již narozených dětí, při porušeném držení plodu s výjimkou naléhání řití, při myomatózní děloze nebo po předchozí operaci na děloze.

Za postup lege artis lze označit všechny techniky směřující k úspěšnému dokončení vaginálně vedeného porodu. V jeho druhé době porodní jsou na porodním sále přítomni dva porodníci (z toho jeden s nejméně osmiletou praxí v oboru), porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra. Případná poporodní resuscitace novorozence musí být zajištěna přímo na porodním sále. (UNZEITIG, BINDNER, 2005)

5 Srovnání přístupů k porodu koncem pánevním

Z porodu koncem pánevním, když se na něj díváme z historického hlediska, měli strach už lidé v antice. Tehdy řešili tento problém jednoznačně, buď porod postupoval a žena porodila, nebo nepostupoval a byla ohrožena na životě matka i plod. Snažili se rozlišit, zda do jeho průběhu zasahovat, nebo ne. Ve středověku patřilo porodnictví „babám“, nechávali porodu většinou volný průběh. Porod byl obestřen tajemstvím, z velké části ponechán na přírodě. Po středověkém období se začali o porod zajímat lékaři, chtěli pomoci matkám i dětem. Zpracovávali poznatky a začali vstupovat do průběhu porodu. Po zpětném vyhodnocení empirických zásahů však vyšlo najevo, že příliš mnoho aktivity je ke škodě. V tu dobu vznikaly manuální extrakce, obraty plodů zevními hmaty... Dnes víme, že lze obrátit plod z polohy podélné koncem pánevním na polohu hlavičkou, ale 1/3 plodů se vrací do původní polohy. (KOTÁSEK, 1972, s. 313) Víme také, že to může být díky myomu nebo vrozené vadě na děloze, vada může být v uložení placenty, krátkém pupečníku, nebo i v porušeném vývoji samotného plodu. (ČECH, 1999, s. 185, ROZTOČIL, 2001, s. 246).

Postupem času byly vypracovány přesné postupy samovolných porodů i manuálních extrakcí. Jsou známé výborné porodnické školy francouzské, anglické, německé, i rakousko-uherské. O rozvoj porodnictví se v Čechách zasloužila tzv. pražská škola, kterou vedl Antonín Jan Jungmann, bratr známého jazykovědce. (DOLEŽAL, 2009, s. 276) Čeněk Křížek vypracoval učebnici pro lékaře, s přesnými popisy i vyobrazením různých technik a postupů. Tato kniha sklídila kladné recenze od odborníků z celého světa. Je velmi kvalitně vypracovaná a Doležal ji doporučuje k nahlédnutí i dnešním porodníkům. (DOLEŽAL, 2009, s. 278)

Další učebnice z roku 1942 se staví k porodu v poloze koncem pánevním s respektem. Odstrčil a Slámová nedoporučují do porodu KP příliš zasahovat. Důležité je co nejdéle zachovaný vak blan a vydatné děložní kontrakce. Jestliže porod nepostupoval, používaly postupy a hmaty, např. Mullerův, Mauriceauv, Wiegand-

Martinův, Brachta... Dbali na neporušení hráze, chránili ji Rubeškovým hmatem, aby byla zachována pánevní osa, čímž nedocházelo k vztyčení ruček plodu v průběhu porodu. (OSTRČIL, 1942, s. 102). Epiziotomie se začala rozmáhat v 70 letech. Jako důvod bylo uvedeno více prostoru pro manévrování při manuálním zásahu do porodu. (DLHOŠ, KOTÁSEK, 1968, s. 270) Preventivně se prováděla v lokální anestezii. (ČECH, 1999, s. 189) V našem století je zmínka, že se nemá dělat pudendální blok předčasně, poněvadž je omezena inervace dna pánevního a rodičky necítí, kdy ve druhé době porodní mají správně zatlačit. (BINDER, 2004, s. 841). Už Ostrčil, a platí to dodnes, zavádí medikamentózní podporu v II. době porodní, aby porod hlavičky proběhl co nejrychleji do 3-5 minut. (OSTRČIL, 1942, s. 103-104)

Důležitý mezník, který vstoupil do porodnictví, je ultrazvuk. V 90 letech výhody tohoto vyšetření ve své učebnici popisuje Čech. (ČECH, 1999, s. 186) Tím se vyřešil problém, který při spontánním porodu přetrvával celá století, a to je předpokládaná velikost plodu. Přidala-li se v minulosti k makrosomii plodu ještě zúžená pánev matky, která tehdy vlivem špatné stravy, nebyla až tak neobvyklá, mělo to většinou letální konec pro oba. (DOLEŽAL, 2009, s. 273) Velikost plodu 1500g – 3700g při normálních rozměrech pánve a při nevyskytování se žádných jiných komplikací, byla dle Roztočila poloha koncem pánevní poroditelná. (ROZTOČIL, 2001, s. 248) Kudela uvádí, že porod KP lze vést spontánně od 34 týdne gravidity a od předpokládané velikosti plodu 2500g. Váhový odhad 4000g, ale relativně i 3500g zejména u primipar je indikací k císařskému řezu. (KUDELA, 2008, s. 175) K horní hranici váhového odhadu plodu, kdy lze porod KP родit vaginálně, se ještě vyjadřuje Binder tím, že u vícepar snižuje váhový odhad plodu na 3800g. (BINDER, 2004, s. 841)

Postupem času se díky rozmachu antibiotik, transfuze, anestezie stále více dává přednost porodu císařským řezem, který představoval v určitých případech menší riziko, než samovolný porod koncem pánevním. Ve své práci cituji i přesné indikace k vedení porodu koncem pánevním, ale je nutno zdůraznit i individuální přístup k rodičce.

6 Možnosti dalšího vývoje porodu koncem pánevním

Porodnické operace, obraty plodu i spontánní porody pánevním koncem patřily ještě v minulém století k základní teoretické i praktické výbavě každého porodníka. Díky bezpečné narkóze, antibiotické léčbě, transfúzi krve, preventivním opatřením proti embolii, se císařský řez stával stále bezpečnější a pomalu vytlačil vaginální metody, které tím pádem ve vyspělých zemích upadaly v zapomnění. Přestávaly se dělat kombinované obraty u příčných poloh, manuální extrakce KP a vytrácejí se i znalosti se spontánně vedeným koncem pánevním. Při tom obratům i extrakcím se nelze vyhnout ani při porodu císařským řezem z důvodu KP. Porodníci mají potíže, s vybavováním plodů, které jsou zbytečně traumatizovány. Chybí jim manuální zručnost a zkušenost, jak s miminkem šetrně zacházet. Spontánní porody záhlavím přenechávají porodním asistentkám, ztrácejí pohmatový a manipulační kontakt s plodem, nezbytné stereotypy. Dobře řežou, sešívají, preparují, ale při spontánním porodu neví jak na dítě sáhnout, zbrkle tahají za hlavičku, rozpakují se nad držení plodu. Nemívají-li za sebou staršího kolegu, rady zkušených porodních asistentek jim připadají neadekvátní. (DOLEŽAL, 2009, s. 279) Je důležité, aby porodník ovládal nejen teoretické ale také praktické dovednosti, poněvadž se dostává i do situací, kdy například se rodí druhé dvojče koncem pánevním, nebo už u rozběhlého spontánního porodu KP. Mnozí lékaři odcházejí za prací do rozvojových zemí, kde „manuální umění“ tvoří základ úspěšnosti. (DOLEŽAL, 2009, s. 280)

Nad tímto problémem se zamýšlel i pražský porodník MUDr. Antonín Doležal a navrhl několik opatření. Lékaři by měli rutinně provádět u každého porodu záhlavím drenážní polohu novorozence dle Stankuse. Tím natrénují kontakt s plodem, který leží jízmo na levém předloktí jako u samovolného porodu koncem pánevním. Dále předem nastudovat vaginální extrakční operace, které přicházejí v úvahu, nejlépe ze starých knih. Tam jsou podrobnější návody než v současných učebnicích pro mediky. Prakticky si nacvičit na fantomech postupy, pro prostorovou orientaci používat panenku. Před císařským řezem, prováděným z důvodu polohy plodu koncem

pánevním, musí mít operatér přehled, jak je plod v děloze uložen, kde leží hřbet, hlava, končetiny. Musí mít jasno, jak bude u operace postupovat, jakou metodou a z které strany bude plod extrahovat, jak plod co nejšetrněji uchopí. Existuje-li více operačních technik, naučit se důkladně jednu, nejlépe tu, se kterou jsou na daném pracovišti zkušenosti. Je dán předpoklad vzniku stejných komplikací, na které se může mladý porodník, díky zkušenostem starších kolegů, připravit. Nepřerušit tok tradovaných informací a postupů tvoří základ porodnické školy. (DOLEŽAL, 2009, s. 280-284)

7 Diskuse

S porodem, kdy miminko je uloženo v poloze koncem pánevním, jsem se nesčetněkrát setkala, jelikož pracuji na porodním sále v Uherském Hradišti. O vedení takového porodu se většinou rozhodovalo už ke konci těhotenství. Podle postupů lege artis končilo hodně porodů při poloze plodu koncem pánevním císařským řezem. Ve své patnáctileté praxi jsem se samozřejmě setkala i se spontánními porody koncem pánevním. Zajímalo mě, jak aplikovaná teorie v praxi funguje. Myslím si, že je velmi důležité rodiče opakovaně vysvětlovat veškeré naše postupy a intervence. Základní informace sice získala při příjmu od lékaře, přesto potřebuje neustále ujišťování, že porod plodu v této „neobvyklé“ poloze probíhá fyziologicky.

Narážela jsem také na negativní vliv internetu. Mnohé rodičky tam popisují své špatné zkušenosti s porodem při poloze miminka koncem pánevním. Málo kdo se ale svěří s tím, že porod zvládla skvěle, miminko je zdravé a vše proběhlo bez komplikací. To se považuje jako samozřejmost, kterou není třeba nikde zveřejňovat. Proto se na internetu objevuje více negativních než pozitivních názorů.

Velmi důležitá se mi jeví v této problematice role porodníka. Měl by rodiče objektivně vysvětlit všechny okolnosti, rizika, pozitiva i negativa daných postupů. Pokud se žena rozhodne pokusit se porodit plod v poloze koncem pánevním vaginálně, měl by ji v tom trpělivě podporovat.

Ze zkušenosti vím, že pokud porod koncem pánevním začne sám, je nutné zaměřit předčasný odtok plodové vody a podporovat kontrakce děložní, což lze i alternativními metodami (polohováním, jemnou masáží křížové oblasti, podbřišku, suché teplo...). Teprve až tyto procedury selžou, nastupují medicínské metody. Důležité je sledovat stav plodu. Monitoring srdeční akce plodu, je při spontánně vedeném porodu koncem pánevním častější než při porodu hlavičkou, a po spontánním odtoku plodové vody, téměř kontinuální. Co se týče epidurální anestezie v průběhu spontánního porodu koncem pánevním, je to věc velice individuální. Můj postoj k epidurální anestezii je při porodu KP spíše odmítavý. Mám zkušenosti, že po aplikaci epidurální analgezie, dochází k oslabení děložních kontrakcí, porod stagnuje

a většinou nastupuje farmakologický zásah do průběhu porodu, což je podpora děložní činnosti. Myslím si, že v současné době není třeba mít obavy ze spontánně vedeného porodu KP, poněvadž při používání nejnovější techniky, přesně vypracovaným postupům, znalostem a zkušenostem zdravotnického personálu je náznak rizika jakékoliv komplikace včas rozpoznán a porod se dá ukončit císařským řezem během několika minut.

Chtěla bych se zmínit o knize porodní asistentky Maggie Banks, ve které píše o vaginálně vedeném porodu koncem pánevním na Novém Zélandě. Zaujal mě její názor, vycházející z vlastních zkušeností, jak vaginální porod koncem pánevním je veden ve stoje nebo v podřepu. Zároveň vysvětluje důvody proč tomu tak je. Vše znázornila nejen ilustracemi, ale připojila i foto. (obr. 16, 17). Autorka popisuje, že houpavé pohyby pánve ve stoje, rozkročmo, s náklonem dopředu zvětší pánevní vchod a posunou kostrč směrem dozadu. Plod i děloha jsou lépe zásobeny krví a kyslíkem, než při poloze vleže, plod je více odkloněn od páteře matky a lépe vstupuje do porodních cest. Také kontrakce děložní bývají v této poloze vydatnější. (BANKS, 1998, s. 59-63) Jsou to zajímavé informace, ale u nás bohužel, nereálné. Lékaři, kteří vedou porod, nejsou nakloněni alternativním polohám při porodu koncem pánevním, nemají s nimi zkušenosti, proto nechtějí riskovat případné komplikace.

Kdybych měla srovnat postavení lékařů při vedení spontánního porodu v poloze plodu koncem pánevním dříve a nyní, musím konstatovat, že v současné době mají lékaři těžší situaci ve vztahu k matce a plodu a k profesi samé. Pokud dříve došlo ke komplikacím, všichni věděli, že nikdo není všemocný. V porodnictví nastanou situace, kdy zdravotníci dělají všechno možné (pracují s maximálním nasazením), nepadne to pro rodičku ani dítě dobře. Zároveň jim lidé věřili, společně s vírou a pokorou tyto situace zvládali. Věděli, že nejsou nesmrtelní a také se podle toho chovali. Naproti tomu, jsou v dnešní době lékaři vpravováni do role spasitelů. Mnozí lidé si neuvědomují, že lékaři nejsou všemocní, že porod je, byl a bude vždy rizikový, i když se snažíme společně s poznáním a vědou o co nejlepší výsledek.

Když se maminka rozhodne, při zachování postupů lege artis, rodit miminko v poloze koncem pánevním spontánně, je důležité, aby ji porodník a celý zdravotnický tým podporoval.

Věřím, že spontánní porod koncem pánevní nezanikne a že mladí porodníci budou zruční a že se nebudou maminky bát rodit miminko koncem pánevním spontánně.

8 Závěr

Prostudováním dostupné historické literatury, učebnic a článků z odborných časopisů se mi podařilo stručně zmapovat historii spontánního porodu koncem pánevním. Od dávných dob se lidé obávali porodu koncem pánevním. Postupně nacházeli jeho zákonitosti, poučili se na nezdarech, sledovali a doplňovali si zkušenosti o mechanismu porodu koncem pánevním. Také zjišťovali, že přílišná nedočkavost a horlivost není v tomto problému to nejsprávnější, že vše chce svůj čas. Používat vědu a moderní techniku ku prospěchu věci, ale zároveň si zachovávat manuální dovednosti a zručnosti. Cíl číslo jedna tím byl splněn.

U cíle č. 2. jsem se snažila zdůraznit důležité mezníky ve vedení porodu KP, což jsou důvody polohy plodu v poloze koncem pánevním, pochopení mechanismu porodu, zevní vyšetření rodičky, obraty plodu, manuální zásahy do průběhu porodu, jako jsou extrakce a epiziotomie. Objev ultrazvuku a jeho používání v porodnictví patří k velmi významnému mezníku ve vývoji přístupu k porodu koncem pánevním. Tím jsem splnila cíl číslo dvě.

V neposlední řadě jsem se pokusila o srovnání přístupů k vedení porodu koncem pánevním od 18. století až do současnosti. Chtěla jsem porovnat názory lékařů na porod koncem pánevním při využití jejich znalostí, zkušeností a možností v té dané době. Cíl číslo tři byl tímto rovněž splněn.

Při plnění cíle číslo čtyři, tedy nastínění možnosti dalšího vývoje v postupech při vedení porodu koncem pánevním, jsem vycházela z názorů zkušených porodníků. Zruční porodníci by si měli pomáhat nejen vyspělou technikou, ale při porodnickém vyšetřování používat i zevní hmaty (Pawlíkův, Budinův...), aby si dokázali představit miminko v prostoru. Tím by se jim usnadnilo rozhodování o vedení porodu v poloze miminka koncem pánevním. Cíl čtyři pokládám za splněný.

Své myšlenky, postřehy z praxe a názory jsem vyjádřila v diskusi.

9 Literatura a použité zdroje

Bibliografické zdroje:

BANKS, Maggie, 1998. *Breech Birth Woman-Wise*. New Zealand: Bithspirit Books Ltd, Hamilton, 1998, ISBN 0- 473-O4991-0

BINDER, Tomáš, 2004. Doporučené postupy pro vedení porodu koncem pánevním v termínu: Porod 2. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2004, Roč. 13, č. 4, s. 840-842. ISSN: 1211-1058, 1214-2093

BINDER, Tomáš, 2007. Obrat plodu zevními hmaty: komentář [k článku ze str. 54-57]. *Gynekologie po promoci*, 2007, Roč. 7, č. 5, s. 57-59. ISSN: 1213-2578

ČECH, Evžen et al, 1999. *Porodnictví*, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-355-3

DLHOŠ, Ernest, KOTÁSEK, Alfred, 1969. *Porodnictví*, 2. vydání, Praha, Státní zdravotnické nakladatelství, 1969, ISBN 08- 056- 69

DOLEŽAL, Antonín, 2009. Extrakce konce pánevního. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č. 3, s. 279-284. ISSN: 1211- 1058, 1214- 2093

DOLEŽAL, Antonín, 2009. Historické zamyšlení nad manuální extrakcí konce pánevního. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 18, č. 3, s. 272-278. ISSN: 1211-1058, 1214-2093

GIMOVSKY, Martin L., ROSA, Eva, BRONSHTEIN, Elena, 2007. Nové informace o managementu těhotenství s plodem v poloze koncem pánevním. *Gynekologie po promoci*, 2007, roč. 7, č. 6, s. 34-39. ISSN: 1213-2578

HÁJEK, Zdeněk. 2007. Současný pohled na porod koncem pánevním. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2007, roč. 16, č. 1, s. 34-37. ISSN: 1211-1058, 1214-2093

HÁJEK, Zdeněk, 2008. Indikace k císařskému řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2008, roč. 17, č. 1, s. 19-22. ISSN: 1211-1058, 1214-2093

HÁJEK, Zdeněk, 2009. Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo v současném porodnictví. *Aktuální gynekologie a porodnictví*, 2009, roč. 1, s. 38-41. ISSN: 1803- 9588

KOTÁSEK, Alfred et al, 1972, *Porodnictví*, 1. vydání, Praha, Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1972, ISBN 08- 088- 72

KŘÍŽEK, Čeněk, 1876. *Základové porodnictví pro lékaře, se zvláštním zřetelem k části operativní*. 1.vyd. Praha: Tiskem a nákladem knihtiskárny Josefa Koláře, 1876, ISBN neuvedeno

KUDELA, Milan et al, 2008, *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*, 2. vydání, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, ISBN 978-80-244-1975-6

OSTRČIL, Antonín, 1942. *Porodnictví pro lékaře a mediky III.*, 1. vydání, Praha, Česká grafická unie, 1942, ISBN neuvedeno

OROS, Marián, KUBICA, Peter, GREŠŠOVÁ, Zuzana. 2006. Foetus masculinus - indikácia na sectio caesarea pri pôrode koncom panvovým. *Praktická gynekologie*, 2006, č. 4, s. 157-158. ISSN: 1211-6645, 1801-8750

PONŤUCH, Anton et al, 1987, *Gynekologie a porodnictví*, 1. vydání, Praha, Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987, ISBN 08- 006- 87

ROZTOČIL, Aleš et al, 2001, *Porodnictví*, 1. vydání, Brno, Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví v Brně, 2001, ISBN 80- 7013-339-2

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, et al, 2000. *Praktický slovník medicíny*, 6. vydání, Praha, Maxdorf, ISBN 80- 85912-38-4

ŠTEMBERA, Zdeněk, 2001. Porod plodu v poloze koncem pánevním v ČR v roce 2001. *Gynekolog*, 2003, roč. 12, č. 6, s. 256-261. ISSN: 1210-1133

Další zdroje:

Uherskohradištská nemocnice a.s., Purkyňova 365, Uherské Hradiště, porodnicko-gynekologické oddělení, porodní sál, neinv. porodní knihy z roku 1985 a 2010.

Internetové zdroje:

ŠTEMBERA, Zdeněk, 2003. Císařský řez v České republice na začátku 21. století. *Gynekolog*, [online]. [Cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://www.gyne.cz/clanky/2003/503c11.htm>

UNZEITIG, Vít, BINDER, Tomáš, 2005. Doporučený postup při vedení prenatální péče a porod donošeného plodu v poloze koncem pánevním. *LEVRET.CZ* [online]. [Cit. 2011-11-23]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/kp.htm>.

Levret.cz [online]. Změněno 1. 4. 2012. [cit. 2012-4-1]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/doskolovani/index.php>

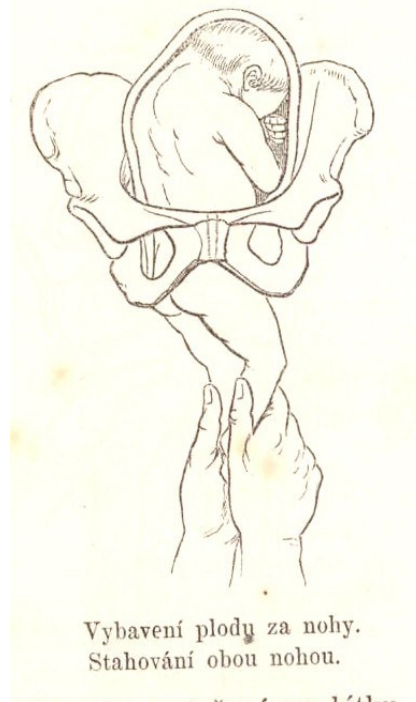
Přílohy

A Přílohy

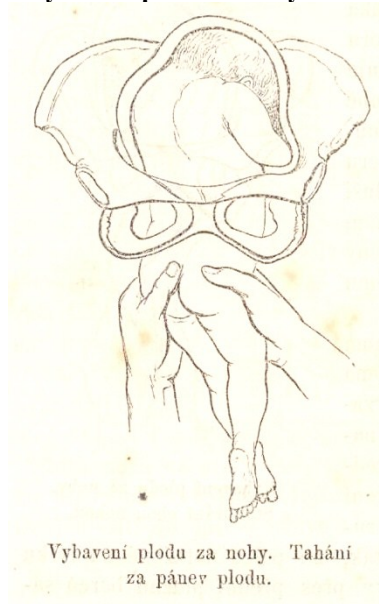
Obrázek 1: Poloha plodu koncem pánve - 1. postavení



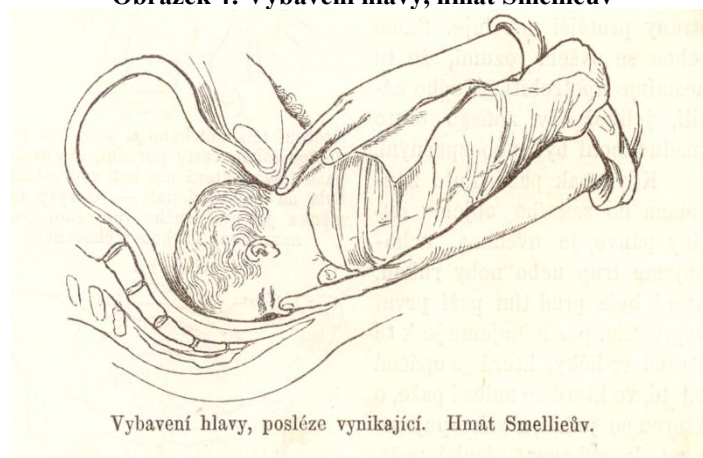
Obrázek 2: Vybavení plodu za nohy, stahování obou nohou



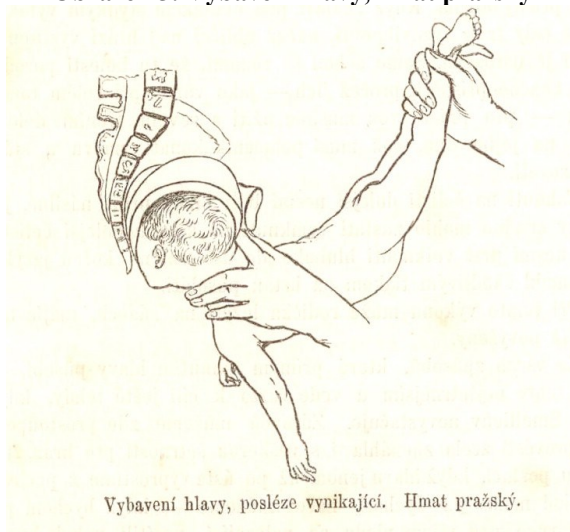
Obrázek 3: Vybavení plodu za nohy - tahání za pánev



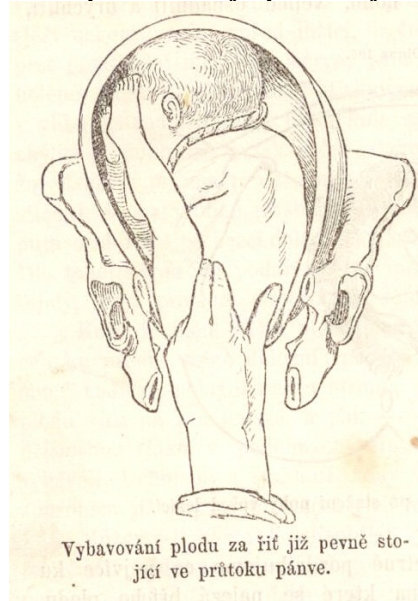
Obrázek 4: Vybavení hlavy, hmat Smellieův



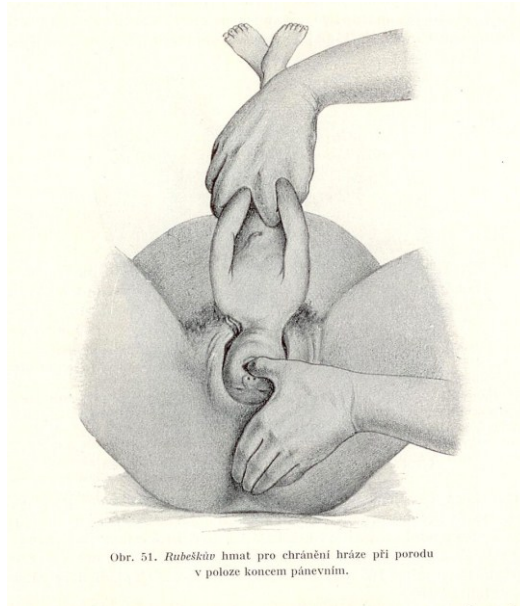
Obrázek 5: Vybavení hlavy, hmat pražský



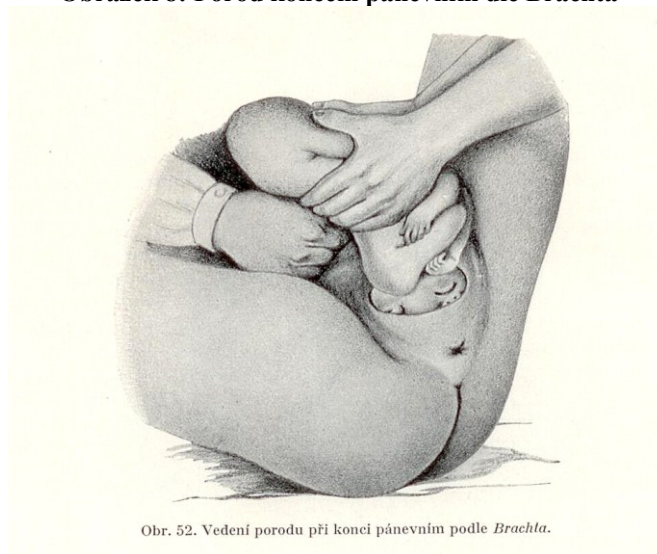
Obrázek 6: Vybavení plodu za řiť již pevně stojící v průtoku pánve



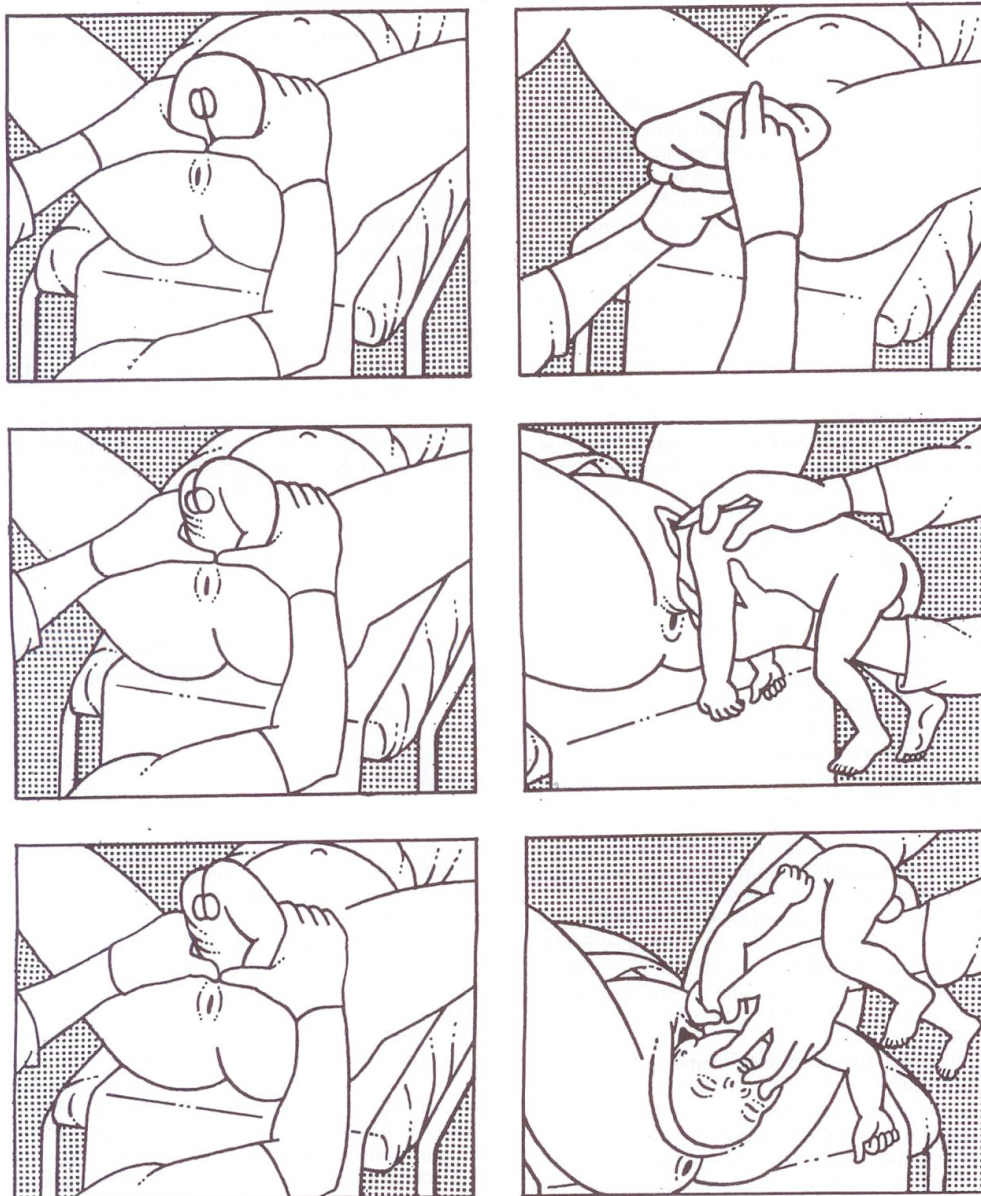
Obrázek 7: Rubešův hmat



Obrázek 8: Porod koncem pánevním dle Brachta

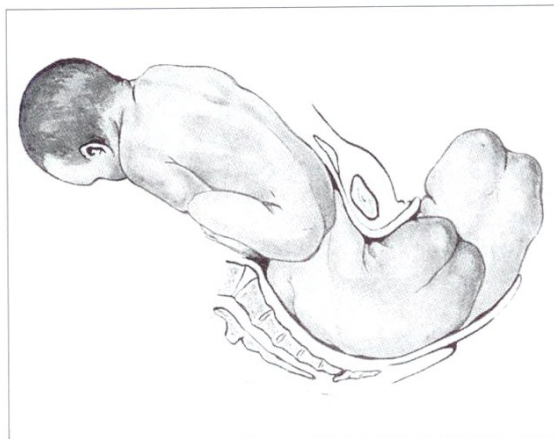


Obrázek 9: Spontánní porod KP dle Covjanova



Obr. 7.29. Vedení spontánního porodu pánevním koncem podle Covjanova s manuální pomocí hlavičky. Při porodu je oblast hýždí zarouškována.

Obrázek 10: Porodní mechanismus KP - porod trupu



Obrázek 168: Porodní mechanismus konce pánevního – porod trupu

Přední hýždě se stáčí do šikmého až přímého průměru a takto prořezává. Trup plodu se ohýbá kolem své přímé osy.

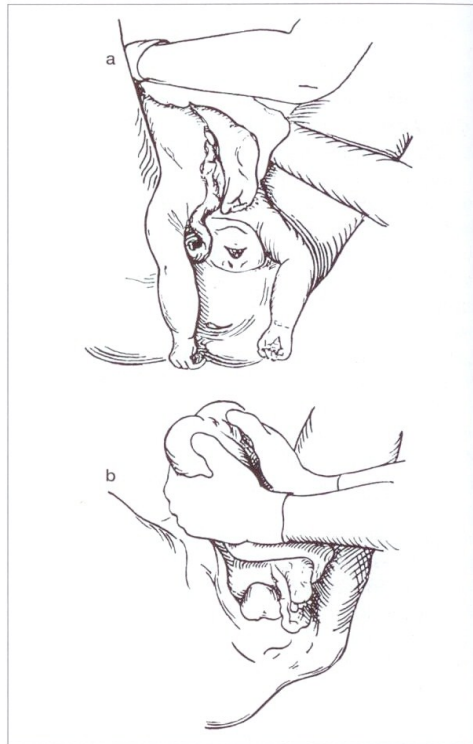
Obrázek 11: Porodní mechanismus KP - porod hlavy



Obrázek 169: Porodní mechanismus konce pánevního – porod hlavičky

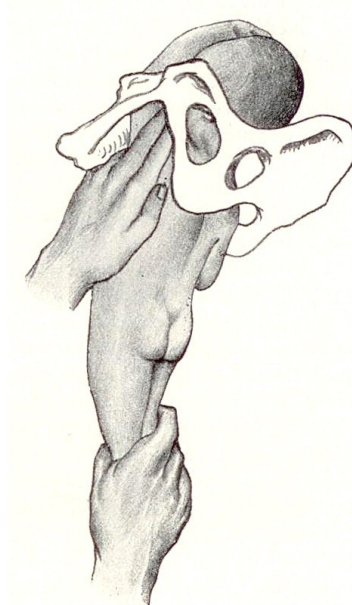
Hlavička je flektována, vedoucím bodem je bradička. V šíři se otáčí hlava záhlavím dopředu. Ve východu se opírá šíjí o stydký oblouk a prořezávají po sobě: bradička, obličej, čelo, temeno.

Obrázek 12: Vedení porodu metodou dle Brachta



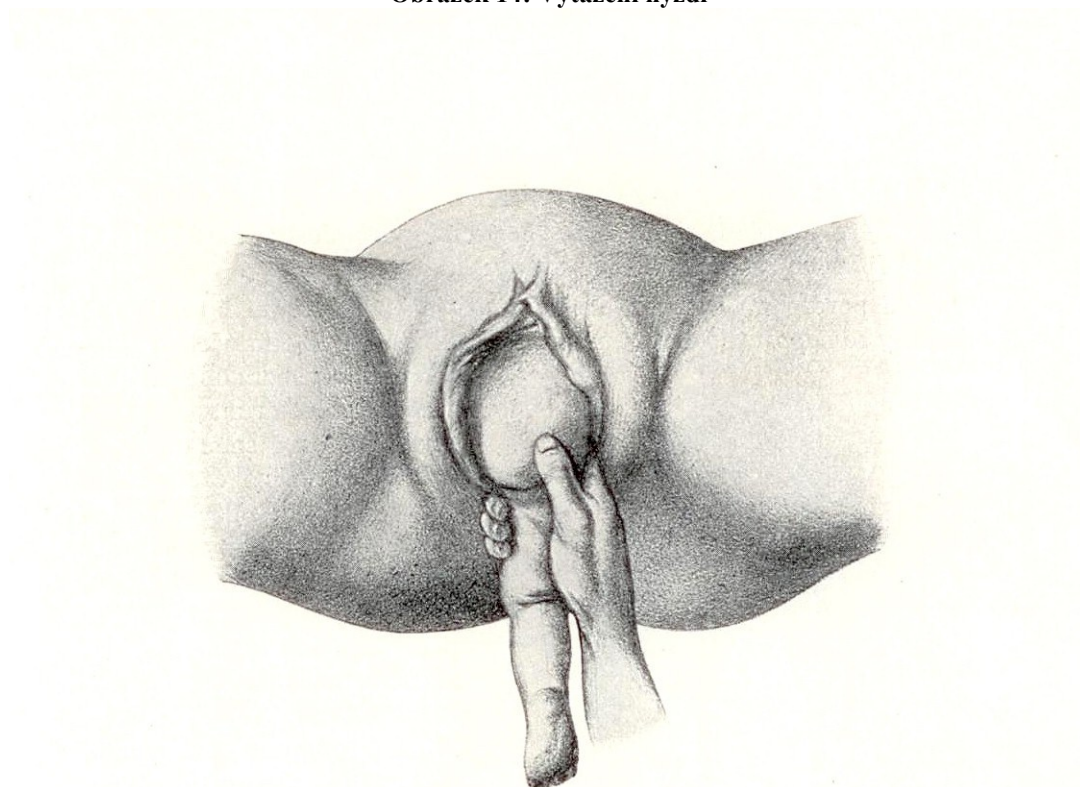
Obrázek 170: Vedení porodu metodou dle Brachta

Obrázek 13: Vybavení předního ramene

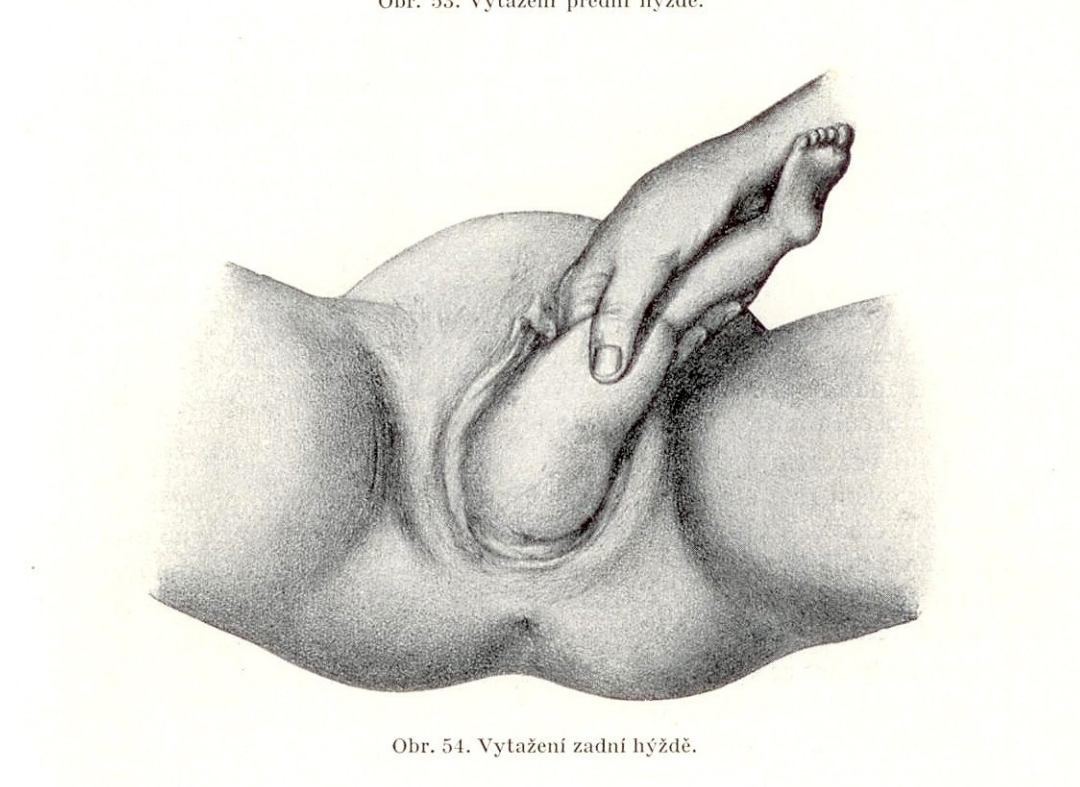


Obr. 56. Vybavení předního ramene.

Obrázek 14: Vytažení hýždí

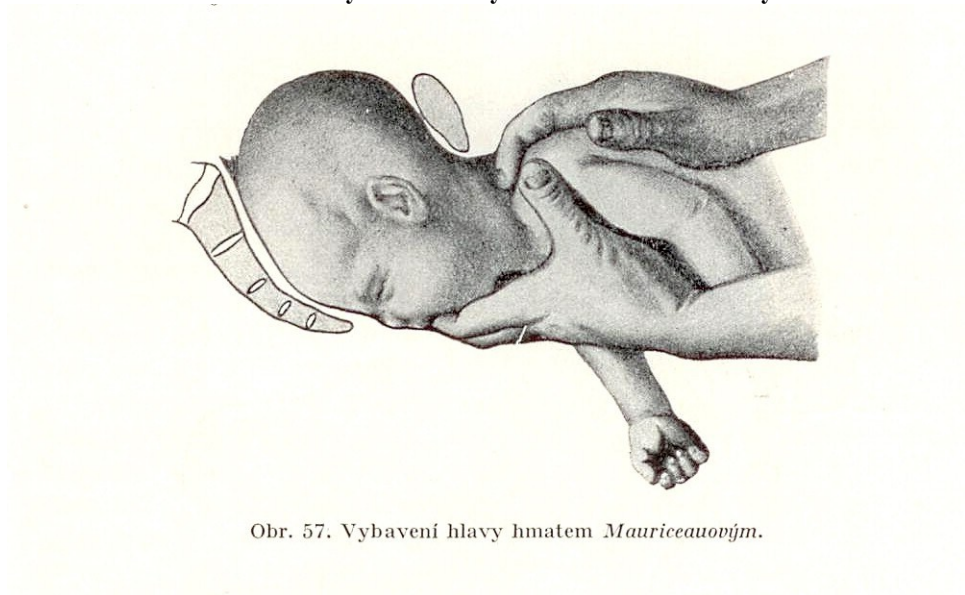


Obr. 53. Vytažení přední hýždě.



Obr. 54. Vytažení zadní hýždě.

Obrázek 15: Vybavení hlavy hmatem Mauriceauovým



Obr. 57. Vybavení hlavy hmatem *Mauriceauovým*.

Obrázek 16: Vedení porodu na Novém Zélandu



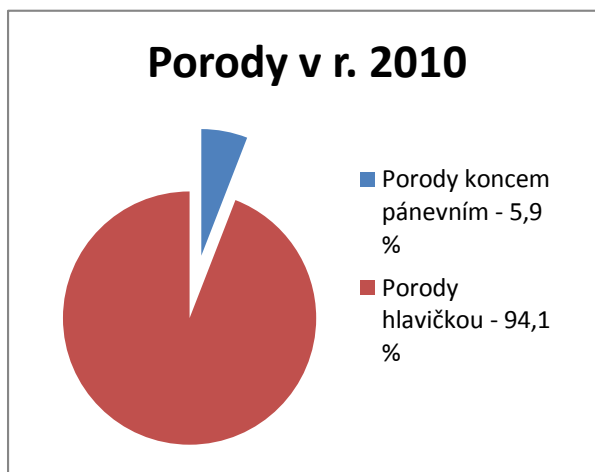
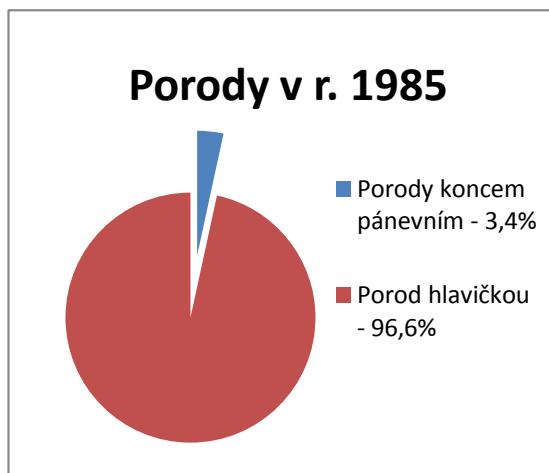
Obrázek 17: Vedení porodu na Novém Zélandu II

Standing / Squatting

Lying down / Reclining



Graf 1: Podíly porodů koncem pánevním a hlavičkou v čase



Graf 2: Podíly ukončení porodů spontánně a císařským řezem v čase

