

29. PROVÁDĚNÍ EXTRAKCE PLODU ULOŽENÉHO V POLOZE PODÉLNÉ KONCEM PÁNEVNÍM – DOPORUČENÝ POSTUP

Autor 2012

A. Roztočil

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Tuto porodnickou operaci provádíme při porodu plodu v poloze koncem pánevním v případech, kdy je porod třeba rychle ukončit. Extrakci ukončujeme porod v poloze podélné koncem pánevním nebo po obratu zevními, vnitřními nebo kombinovanými hmaty.

Indikace

- akutní hypoxie plodu,
- akutní život ohrožující stavy matky,
- nepostupující porod ani po aplikaci uterokinetik,
- akutně vzniklé porodnické krvácení při zašlé brance.

Podmínky

- normálně prostorná pánev,
- zašlá branka,
- odteklá plodová voda,
- normálně velký a živý plod.

Provedení

Způsob extrakce plodu závisí na pánevní rovině, ve které se nachází vedoucí část plodu.

Extrakce plodu se rozděluje na:

- vybavení hlavičky,
- parciální (poloviční) extrakce plodu,
- totální (úplná) extrakce celého plodu.

Vybavení hlavičky (hmat podle Mauriceau-Smellieho): při vážnoucí hlavičce porodník udržuje plod v poloze jízdo na předloktí, do úst mu vloží prostřední prst a druhý a čtvrtý prst se opatrně opřou o fossae carinae. Druhá volná ruka se přes hřbet zaklesne ukazovákem a prsteníkem za raménka a prostředník přitlačuje hlavu do flexe. Tato ruka táhne.

Následný porod hlavičky je možné řešit i instrumentálně pomocí Piperových kleští, které je možné nahradit Kjellandovými kleštěmi.

Extrakce plodu: vaginální vybavení plodu při porodu koncem pánevním, když plod je již hluboko vstoupil do pánve. Extrakce je provedena digitálně. Digitální extrakce se provádí, pokud je konec pánevní plodu vstoupil do pánevního vchodu tak, že je přední inguina dosažitelná prstem. Do ní zavedeme ukazovák a palec přiložíme na křížovou kost plodu.

Extrakci provádíme během kontrakce, přičemž napodobíme normální mechanismus porodu koncem pánevním.

Totální extrakce plodu se provádí manuálně. Manuální extrakce se vykonává tahem za staženou nožku tak, že se snažíme napodobit normální mechanismus porodu konce pánevního. Tuto operaci rozdělujeme na extrakci nožek a trupu, vybavení ruček a extrakci hlavičky. Nožku uchopíme za lýtko tak, že palec uložíme na jeho zadní plochu a ostatní prsty uložíme na holeň. Pravou nožku uchopíme pravou rukou a naopak. Trakci provádíme za kontrakce tak, aby nožka postupovala ve směru pánevní osy. Po porodu stehna přechytíme nožku tak, že palec uložíme na dorzální plochu stehna, ostatní prsty na ventrální plochu a ukazovák uložíme pod ingvinu. V tahu pokračujeme, až se bederní kost opře o dolní okraj symfýzy. Zdviháním nožky tahem dopředu porodíme zadní hýždi. Poté přiložíme palce obou rukou na křížovou kost a ostatní prsty obejmou stehna tak, aby ukazováky byly před ingvinami. Při kontrakci táhneme velkým obloukem nahoru až po porození dolního úhlu lopatky. Skloněním trupu porodíme přední raménko a zdvihnutím plodu nahoru porodíme zadní raménko. Poté je třeba porodit hlavičku, která mezitím provedla vnitřní rotaci. Plod uložíme na svoje předloktí a hlavičku vybavíme Mauriceauovým-Smelliovým hmatem. Ruka, na které leží plod, se prsty opře o hlavičku v oblasti čelisti nebo jařmových oblouků. Druhá ruka se uloží na záda plodu tak, že ukazovák a prsteníček uchopí ramena plodu. Vlastní trakci vykonává druhá ruka. Nejčastější komplikací extrakce plodu je vztyčení ruček. V takovém případě je nutné provést jejich extrakci. Ta se provádí buď metodou klasickou s přetočením plodu, nebo metodou kombinovanou. Při klasické metodě se nejprve vybaví zadní ručka z vyhloubení kosti křížové, poté se plod přetočí proti směru hodinových ručiček o 180 stupňů tak, aby se zbývající vztyčená přední ručka dostala do vyhloubení kosti křížové. Poté se provede její vybavení. Metoda kombinovaná je jednodušší. Nejprve se vybaví zadní ručka, poté skloníme trup plodu dozadu a pod symfýzou vybavíme přední ručku.

Extrakci plodu provádějí dva porodníci, z čehož jeden je s nejvyšším dosaženým vzděláním, dvě porodní asistentky, neonatolog a dětská sestra, anesteziolog a anesteziologická sestra. Pro lepší relaxaci je výhodné podání celkové anestezie.

Literatura

1. Alarab, M., Regan, C., O'Connell, MP., Keane, DP., O'Herlihy, C., Foley, ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. *Obstet Gynecol*, 2004, 103(3), p. 407–412.

2. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG committee opinion. Mode of term singleton breech delivery. Number 265, December 2001. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet*, 2002, 77(1), p. 65–66.
3. **Cheng, M., Hannah, M.** Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obstet Gynecol*, 1993, 82(4 Pt 1), p. 605–618.
4. **Collea, JV., Chein, C., Quilligan, EJ.** The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol*, 1980, 137(2), p. 235–244.
5. **Glezerman, M.** Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 2006, 194(1), p. 20–25.
6. **Eller, DP., VanDorsten, JP.** Route of delivery for the breech presentation: a conundrum. *Am J Obstet Gynecol*, 1995, 173(2), p. 393–396; discussion 396–398.
7. **Roztočil, A.** Extrakce plodu, in *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, s. 328–329.
8. **Roztočil, A.** Extrakce plodu, in *Porodnictvo*. Martin, Osveta.