

Vedení porodu koncem pánevním: spontánní porod nebo císařský řez?

Michaela Třeštková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Třeštíková**
Osobní číslo: **H12713**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Vedení porodu koncem pánevním: spontánní porod
nebo císařský řez?**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerší, výběr a nastudování dané literatury.
Výběr metody výzkumného šetření a vhodných respondentů.
Realizace teoretické části bakalářské práce.
Uskutečnění kvalitativního výzkumného šetření.
Zpracování získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumného šetření a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DOLEŽAL, Antonín. Porodnické operace. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.

GASKIN, Ina May. Zážrak porodu. 1. vydání. Doubice: One Woman Press. 2010. ISBN 978-80-86356-48-8.

HÁJEK, Zdeněk a kol. Porodnictví. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4745-299.

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

ROZTOČIL, Aleš a kol. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Dagmar Moravčíková**
Ústav zdravotnických věd

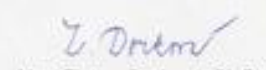
Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

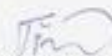
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15.1.2015



¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací

⁽¹⁾ Vysoká škola nevolitelně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomová, bakalářská a rigorózní práce odevzdaná uchazečem k obhajobě musí být sáz nejvýše pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaná práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 1;*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školství či vzdělávací zařízení, utváří-li někdo za účelem přínosu nebo naplnění hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené lidkem nebo studentem ke využití školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho pracovního vztahu ke škole nebo školství či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školství či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odprá-ří autor takového díla učinit svolení bez výhradního důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo učít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školství či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školství či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jin osobního v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přičítá ke výši výdělku osobního školou nebo školství či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou porodu koncem pánevním. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část uvádí čtenáře do historie vedení tohoto porodu, diagnostiky polohy koncem pánevním a způsobech vedení porodu koncem pánevním. Praktická část byla uskutečněna pomocí smíšeného výzkumného šetření. Informace byly získány prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru s ženami po porodu koncem pánevním a s gynekology – porodníky. V poslední řadě byla praktická část rozšířena o statistiku porodů koncem pánevním v porodnici Zlínského kraje v letech 2013 – 2014.

Klíčová slova:

konec pánevní, vaginální porod, císařský řez, poranění ženy, traumatismus novorozence

ABSTRACT

Bachelor thesis focuses on a breech birth. The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part includes information about history of breech birth, diagnoses of breech birth, and presents different techniques of it. The practical part is based on the author's research. Information has been obtained by semi-structured interviews with women, who gave breech birth and with gynecologists – obstetricians. At the end, the practical part was expanded of statistics of breech birth in maternity hospital in Zlin region between 2013 – 2014.

Keywords:

breech, vaginal birth, sectio caesarea, woman injury, newborn traumatism

Ráda bych poděkovala Mgr. Dagmar Moravčíkové za odborné vedení bakalářské práce, cenné podněty a především čas, který mi věnovala při konzultacích. Děkuji MUDr. Františku Zábranskému za odborné rady. Děkuji Bc. Kateřině Slováčkové a Bc. Gabriele Holeňákové za poskytnutí materiálů a cenných rad. Další poděkování patří všem ženám, které mi byly ochotny odhalit své zážitky a zkušenosti. V neposlední řadě bych ráda poděkovala lékařům, kteří mi umožnili zjistit jejich pohled na danou tematiku.

Velké díky za podporu po celou dobu mého studia patří mé rodině, příteli a nejbližším přátelům.

„Kdo chce hýbat světem, musí nejdříve pohnout sám se sebou.“

Sokrates

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	10	
I	TEORETICKÁ ČÁST	11
1	HISTORIE VEDENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM.....	12
1.1	HISTORIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	15
2	PLOD V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM.....	16
2.1	ROZDĚLENÍ POLOH KONCEM PÁNEVNÍM	16
2.2	DIAGNOSTIKA POLOHY KONCEM PÁNEVNÍM.....	17
2.2.1	Zevní vyšetření.....	17
2.2.2	Vaginální vyšetření	18
2.2.3	Ultrasonografie.....	18
2.3	ZEVNÍ OBRAT PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM.....	19
3	VEDENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM.....	20
3.1	MECHANISMUS PORODU	21
3.1.1	Porod hýždí	21
3.1.2	Porod ramének.....	21
3.1.3	Porod hlavičky.....	22
3.2	PORUCHY MECHANISMU PORODU KONCEM PÁNEVNÍM	22
3.3	SPONTÁNNÍ VAGINÁLNÍ POROD KONCEM PÁNEVNÍM	23
3.3.1	Porod „na čtyřech“	24
3.4	ASISTOVANÝ VAGINÁLNÍ POROD KONCEM PÁNEVNÍM.....	26
3.4.1	Asistovaný porod s částečnou extrakcí	27
3.4.2	Asistovaný porod s totální extrakcí.....	28
3.5	PRIMÁRNÍ CÍSAŘSKÝ ŘEZ PŘI POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM	29
3.5.1	Komplikace císařského řezu.....	30
3.6	PORANĚNÍ ŽENY	31
3.6.1	Poranění ženy po vaginálním porodu.....	31
3.6.2	Poranění ženy po porodu per sectionem caesaream.....	32
3.7	TRAUMATISMUS NOVOROZENCE.....	32
3.7.1	Trauma novorozence po vaginálním porodu.....	33
3.7.2	Trauma novorozence při porodu per sectionem caesaream	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST	35
4	METODIKA PRÁCE.....	36
4.1	CÍLE PRÁCE	36
4.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMU.....	36
4.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	37
5	SMÍŠENÉ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	38
5.1	ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER VIAS NATURALES V POLOZE NA ZÁDECH	38
5.1.1	Rozhovor s rodičkou A	38
5.1.2	Rozhovor s rodičkou B.....	40

5.1.3	Rozhovor s rodičkou C.....	41
5.1.4	Rozhovor s rodičkou D	42
5.1.5	Rozhovor s rodičkou E.....	43
5.2	ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER VIAS NATURALES V POLOZE NA ČTYŘECH.....	44
5.2.1	Rozhovor s rodičkou F	44
5.2.2	Rozhovor s rodičkou G	46
5.2.3	Rozhovor s rodičkou H	47
5.2.4	Rozhovor s rodičkou CH.....	48
5.2.5	Rozhovor s rodičkou I.....	49
5.3	ŽENY PO PORODU PER SECTIONEM CAESAREAM.....	51
5.3.1	Rozhovor s rodičkou J.....	51
5.3.2	Rozhovor s rodičkou K	52
5.3.3	Rozhovor s rodičkou L.....	53
5.3.4	Rozhovor s rodičkou M.....	54
5.3.5	Rozhovor s rodičkou N	55
5.4	GYNEKOLOGOVÉ – PORODNÍCI	56
5.4.1	Rozhovor s MUDr. U	56
5.4.2	Rozhovor s MUDr. V	56
5.4.3	Rozhovor s MUDr. X.....	57
5.4.4	Rozhovor s MUDr. Y	58
5.4.5	Rozhovor s MUDr. Z	58
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	60
6.1	INFORMOVANOST RODIČEK	60
6.2	SROVNÁNÍ ROZSAHU PORODNÍHO PORANĚNÍ	63
6.3	SROVNÁNÍ DÉLKY II. DOBY PORODNÍ	65
6.4	PORODNÍ TRAUMATISMUS NOVOROZENCE.....	66
6.5	POSTOJ GYNEKOLOGŮ – PORODNÍKŮ K VEDENÍ VAGINÁLNÍHO PORODU KP	67
6.6	SROVNÁNÍ POČTU VAGINÁLNÍCH PORODŮ A CÍSAŘSKÝCH ŘEZŮ V LETECH 2013 – 2014	69
7	DISKUZE	71
7.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY	71
7.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	75
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM OBRÁZKŮ	84
	SEZNAM TABULEK.....	85
	SEZNAM PŘÍLOH.....	86
	ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER VIAS NATURALES V POLOZE NA ZÁDECH	97
	ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER VIAS NATURALES V POLOZE NA ČTYŘECH.....	106
	ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER SECTIONEM CAESAREAM....	117

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou vedení porodu koncem pánevním. Stejně tak, jako je poloha koncem pánevním považována za fyziologickou, rizikovou či patologickou, tak je také přístup porodníku k vedení tohoto porodu nejednotný. Poloha koncem pánevním se objevuje ve 3 – 4 % gravidity v termínu porodu. Po vydání multicentrické studie Term breech trial v roce 2000, došlo k velkému nárůstu počtu primárních císařských řezů u polohy koncem pánevním, a to i v případě zcela fyziologického průběhu gravidity. Postupné upouštění porodníků od vedení vaginálního porodu koncem pánevním je způsobeno strachem z objevení komplikací během porodu, možného pochybení během porodu a soudního stíhání, což vede ke ztrátě jejich manuální zručnosti.

Tématem současné doby je přirozený porod. Ženy si přejí родit vaginálně a pokud možno s omezením veškerých zásahů do spontánního průběhu porodu. S postupnou humanizací porodů dochází také k vytěšňování zajetých stereotypů, jako je supinační poloha ženy během druhé doby porodní a rutinní nástřihy hráze prováděné lékaři a porodními asistentkami. Lékařské intervence ale v případě porodu koncem pánevním vyloučit nelze.

Je důležité, aby se dovednosti porodníka ve vedení vaginálního porodu koncem pánevním nestaly postupem času historickou zmínkou, o které se dočteme pouze ve starých knihách porodnictví.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE VEDENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM

„Grave autem est etiam si fetus in pedes processerit. Et saepe autem matres pereunt, aut pueri, aut ambo.“

(Hippokrates)

„Je těžké, jestliže plod postupuje nohama. Často umírají matky, neb synové, neb obojí.“

(Doležal, 2007, s. 103)

O manévrech užívaných při poloze plodu koncem pánevním jsou zmínky již ve starověku. Obrat na hlavičku popisoval Hippokrates (460–370 př. n. l.) ve svých spisech, jež byly přeloženy a sepsány Celsusem do psaného díla „O věcech lékařských“. Zajímavou část této práce zaujímá velice dobrá znalost obratu na hlavičku a extrakce plodu. Starověké porodnictví dosáhlo největšího rozmachu za dob Sorana z Efesu (98–138 n. l.). Jako jeden z prvních provedl na živém plodu obrat na nožky a extrakci plodu koncem pánevním. Po rozpadu římské říše dochází k úpadku vědy. Až během 6. století byl Soranův spis přeložen do latiny a postupně docházelo k rozvoji babictví, přičemž byla úroveň vzdělání „pupkořezných porodních bab“ velmi nízká. V 16. století byly součástí jejich výbavy k porodu nástroje na křtění zaklíněných plodů v porodních cestách. V beznadějných případech volaly báby ranhojiče – chirurgy, kteří na plodech užívali zmenšovacích operací. Zmínka o užívání „hmatu na hlavičku“ při konci pánevním je znovu zaznamenána až v 17. století. Do praxe je hmat zaveden **Mauriceauem (1668)**, po kterém nese později také jméno. (Roztočil et al., 2008, s. 15 – 21) Hmat dostává postupem času název dle lékařů, kteří provedli úpravy při jeho popisu – **Smellie** v roce **1756**, **Levret** v roce **1770** a **Veit** v roce **1863**. (Doležal et al., 2007, s. 117) Významným porodníkem 18. století byl bezpochyby zakladatel anglického porodnictví, skot William Smellie. Pro větší vzdělanost zavedl nutnost složení zkoušky porodních bab u chirurgů. Ve své praxi běžně užíval „hmat na následnou hlavičku“ u porodu koncem pánevním. (Roztočil et al., 2008, s. 15 – 21)

Ke změně ve vývoji v porodnictví v Čechách dochází až na přelomu 18. a 19. století. Lékařem Antonínem Jungmannem je založena Pražská škola, kde se soustřeďují porodky a dochází k výuce porodních bab a studentů fakulty. (Roztočil et al., 2008, s. 25) Jungmannovým nástupcem se stává jeho žák, profesor Kiwisch, který mimo zkonstruování pelvimetru, zavádí do porodnické praxe **Pražský hmat**. (Hájek et. al., 2014. s. 2) Operatér rozloží le-

vou ruku zavedenou do pochvy na krk plodu, zatímco pravou rukou chytí plod za bérce. Velkým obloukem obrátí dítě směrem k břichu rodičky. Hypomochlionem se po obratu stává ruka porodníka, trup slouží jako páka. (Příloha II, Obrázek 1) Hmat byl velmi agresivní a docházelo při něm k traumatizaci jak plodu, tak matky. Pražského hmatu bylo užíváno také při abnormální rotaci hlavičky při porodu koncem pánevním, kdy je obličej plodu otočen dopředu. (Doležal et. al., 2007, s. 118 – 119) (Příloha II, Obrázek 2) Poslední Jungmannův žák, profesor Streng (1859, s. 132) napsal knihu pro porodní babičky, kde je poloha koncem pánevním rozdělena na dokonalou a nedokonalou. Polohu, kdy jsou kolínka plodu ve flexi a přitaženy k bříšku, pokládá za polohu dokonalou, naléháním podobnou porodu hlavičkou. Více nebezpečnou pro život dítěte popisuje polohu nedokonalou, kdy dítě na pánevní vchod naléhá prdelkou, kolínky nebo nožkami. Babičkám při takových porodech radí, aby se vyvarovaly tahu za nožku pro uspišení porodu. Při zjištění naléhání hýžděmi radí Streng babičkám následovně: *„Hned při prvním vyšetřování oznam manželovi, nebo těm, kdo při porodu jsou, nebezpečí, v němž vězí živobyčí dítěte, a tlač na to, aby byl povolán lékař. Podaří-li se úmyslně nebo tvou vlastní neopatrností protrhnouti mázdry dříve, než je branka připravena, napomeň rodičku, aby šla raději hned na postel, aby se zamezilo odcházení vody před časem. Šetři sílu rodičky co jen možno a nerad' jí, aby dříve bolesti silně zpracovala, než jsou prsíčka dítěte porozena. Nejprospěšněji bývá, běh takového porodu zcela jen přirozenosti ponechat, nenastoupnou-li zvláštní okolnosti, které poukazují k tomu, aby byl porod urychlen. Chráníž se tedy táhnouti za prdelku, za nožičku nebo kolínka, protože se tím nejenom příhodné položení v nepříhodné proměňuje, nýbrž také postavení dítěte proměnu trpí. Přijde-li prdelka k prorážení, tedy polož rodičku na příčnou postel pod záminkou, že jí chce k zesílení bolesti lépe položit, a to proto, aby lékař své pomáhání bez prodlení hned vynaložit mohl. Kdyby zde lékaře nebylo, tedy tlač na to, aby co nejrychleji povolán byl. Jakmile prdelka, všejedno necht' nožičky nebo kolínka níže leží, hráz roztahuje, musí se podporovati tak, jak bylo v §414 udáno, až k zrození dítěte, při čemž se ovšem nejvíce pozor dáti musí, když hlavička vyniká. Je-li konečně prdelka úplně zrozena, tedy ji vezmi do ruky, jen lehce, aby se nepřekáželo obrátům jejím. Totéž čiň s nožičkami nebo kolínkami napřed vycházejícíma a zrozené oudy obal ve vyhrátý šat. Zvláštní pozornosti musí se obracet po vyniknutí prdelky na pupeční šňůru a puls její. Je-li trup zrozen až k prsíčkám, pak teprve smí babička napomenout rodičku, aby bolesti silně zpracovala, a aby se tím lépe povzbudily, může sama dno mateční dlaní do kolečka na bříše mateřiném třít. Vyniká-li konečně hlavička, vyzdvihne babička*

ku břichu mateřskému a nech vyniknouti nejprve bradičku, pak tvář a konečně lebku, při čemž ale opatrně hráz podporovati musí.“ (Streng, 1859, s. 155 – 157) Streng popisuje také „vytažení plodu rukama“. Při naléhání plodu nožkami nebo kolínky, preferuje tah pouze za jednu nožku. Ve své knize rozděluje vytažení plodu na tři části, a to: vytažení po ramínka, vytažení ramínek a nakonec extrakce hlavičky. Naléhá-li plod zadečkem, doporučuje stažení nožky a následné vytažení. Pokud je však zadeček pevně fixován v pánvi, radí hákovitě zaklesnout prsty do slabin, vepředu se nacházející kyčle a táhnout k pánevnímu východu. Tento pohyb opakuje střídavě s horní a dolní kyčlí, až se zadeček dostane tak nízko, že se mohou zaklesnout obě ruce a táhnout zároveň ve směru pánevní osy. Nožičky se nevytahují, ale rodí se samovolně společně s bříškem plodu. (Streng, 1859, s. 313 – 321) Provádění obratu plodu za pomoci kombinovaných hmatů, zvyšovalo množství vykonaných extrakčních operací. (Doležal, 2009, s. 277) V knize *Porodnictví pro lékaře* je popsán hmat pro vybavení hlavičky. Hmat dle **Mauriceua – Levreta**, kdy jsou dva operátérovy prsty vloženy do úst dítěte a udržují tak hlavičku ve flexi, je podle Rubešky efektivnější. Zevní ruka se vidlicovitě zaklesne do ramének a provádí tah ve směru porodního kanálu. Méně účinný je hmat dle **Smellieho**, při němž se dva prsty opírají o *fossae caninae maxilly* plodu. Plod leží rozkročmo na předloktí téže ruky a druhá ruka je rozložena na záhlaví plodu. Operátér tedy v tomto případě nevyvíjí účinný tah za ramena plodu a vypuzení plodu závisí spíše na zapojení břišního lisu rodičky. (Rubeška, 1921, s. 362 – 363)

Porodnický obrat, o kterém byly zmínky již za Hippokratovské doby, postupně upadl v zapomnění. S návratem lidí ke zkoumání přírodních věd, se v učebnici francouze Parého (1549) znovu objevují informace o obratu plodu na obě nožky. V polovině 18. století je Smelliem a roku 1836 Simpsonem zaveden profylaktický obrat při zúžené pánvi. Obrat vnitřními hmaty na hlavičku popisuje **D'Outrepont a Busch**. (Klaus a Jerie, 1942, s. 120) Zevním hmatem převádíme skrze stěnu břišní plod na hlavu, při vcestném lůžku výjimečně na konec pánevní. Hmat se provádí v 9. měsíci těhotenství nebo v počátcích porodu. Porodník jednou rukou odsunuje hýždě plodu do děložní hrany a druhou rukou zároveň posunuje hlavičku plodu do pánevního vchodu. Pro fixaci hlavičky v pánvi se těhotné stahuje břicho Pinardovým břišním pásem. Je-li porod v běhu, je možno protrhnout vak blan pro přitlačení hlavičky do pánve. (Rubeška, 1921, s. 347 – 348)

1.1 Historie císařského řezu

První zmínka o řezu na děloze, pochází již ze starověku. Zákonem bylo v té době nařízeno provést řez na mrtvé rodičce, pro záchranu plodu nebo pro jeho křest. (Doležal et. al., 2007, s. 205) Další připomenutí císařského řezu nastává v 16. století. **Francouis Rousset** provedl řez na 15 živých rodičkách, přičemž tvrdil, že tento zákrok neohrožuje život ani rodičky, ani plodu. Silně proti byl Mauriceaus a prohlásil: „*Sectio caesarea numquam fieri debet nisi post mortem.*“ – „*Císařský řez se smí dělat jen po smrti matky.*“ (Roztočil et al., 2008, s. 15 – 21) Francouz **Levret** prováděl císařský řez v 18. století z indikace zúžené pánve s mortalitou 60 – 90 % (rodička byla ohrožena infekcí a masivním krvácením do dutiny břišní). První sešití dělohy stříbrným drátem bylo provedeno roku 1852 **Polinem**. **Sutura dělohy byla odmítána až do roku 1882**, kdy **Sanger** dokázal, že je sešití dělohy bezpečné. Zlepšení operační techniky přemístěním řezu do dolního děložního segmentu a zavedení asepsy na začátku 20. století, způsobilo, že lékaři začali upouštět od vaginálních operací a začali císařský řez prohlašovat za téměř bezrizikovou operaci. (Klaus a Jerie, 1942, s. 300 – 301)

2 PLOD V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM

„*In pedes procedere nascentem contra natura mest, quo argumento eos appellavere Agrippas, ut akre partos.*“

(Plinius)

„*Postupovati při porodu nohama je proti přírodě a z tohoto důvodu je nazývají Agrippas, jelikož těžce rodí.*“

(Doležal, 2007, s. 103)

Poloha koncem pánevním (dále jen KP) značí, že hýždě plodu jsou směřovány do pánevního vchodu a hlavička je situována v děložním fundu. (Hájek et al., 2014, s. 294) Toto uložení plodu je běžné v nízkém stádiu těhotenství, kdy je plod ve velkém množství plodové vody velmi mobilní. Ve 28. týdnu gravidity je zhruba 28 % všech plodů uloženo v poloze podélné KP, kdežto v období termínu porodu klesá toto procento na 3 – 4 %. (Gimovsky, Rosa, Bronshtein, 2007, s. 34) Příčinou nezdařeného spontánního obratu plodu v poloze KP může být oligohydramniom, nedostatečná pohybová aktivita plodu, vrozená vývojová vada dělohy, včestný myom nebo jiná deformace. Mezi další faktory řadíme také uložení placenty (včestné lůžko, placenta v děložním rohu), nedostatečnou délku pupečnicku a jeho obtočení kolem krčku nebo těla plodu. V neposlední řadě může otočení plodu do polohy záhlavím ovlivnit natažení dolních končetin plodu, intrauterinní smrt plodu, nadměrná velikost plodu, vícečetné těhotenství, abnormální tvar lebky plodu (hyperdolichocefalie, anencefalie) a porucha fixace hlavičky v dolním děložním segmentu. Příčina zůstává často skryta. (Hájek et al., 2014, s. 295)

2.1 Rozdělení poloh koncem pánevním

Dle Roztočila et al. (2008, s. 283 – 284) rozlišujeme způsob držení plodu v poloze koncem pánevním na:

Úplný KP (*presentatio pelvina completa*) – držení plodu je zachováno, všechny klouby jsou ve flexi. Tato poloha je nejúspěšnější pro uložení v děloze. Plod naléhá na pánevní vchod nožkami a hýžděmi.

Neúplný KP (*presentatio pelvina incompleta*) – pravidelné držení plodu není zachováno, některý z kloubů je extendován. Řadíme zde také další varianty, patřící pod nepravidelné držení plodu v poloze KP:

- **Poloha řitní** (*presentatio pelvina incompleta natium*) – nejčastěji frekventovaná poloha KP, kdy naléhající částí na pánevní vchod jsou hýždě a nožky jsou nataženy před břichem.
- **Vztyčená nožka** – na pánevní vchod naléhají hýždě plodu s jednou nožkou, druhá nožka je vztyčena k hlavě plodu.
- **Poloha nožkama** (*presentatio pedibus*) – jedna nebo obě nožky jsou extendovány směrem dolů.
- **Poloha kolínky** (*presentatio genu*) – naléhající částí na pánevní vchod jsou obě nebo jedno kolínko, nožky jsou extendovány v kyčli a flexovány v koleně. Nejméně častá poloha vyskytující se u KP. (Příloha II, Obrázek 3)

Ina May Gaskin (2002, s. 351) dále určila vztahem kostrče dítěte k pánvi matky 8 možných postavení plodu v poloze KP. „Vpravo“ a „vlevo“ v tomto směru popisuje stranu matky, ne dítěte. Následující možnosti jsou také vyobrazeny v Příloze II, Obr. 4:

- kost křížová vpředu (SA)
- kost křížová vpředu, mírně vlevo (LSA)
- kost křížová zcela vlevo, řitní rýha příčně (LST)
- kost křížová vzadu, mírně vlevo (LSP)
- kost křížová vzadu (velmi vzácné – SP)
- kost křížová vzadu, mírně vpravo (RSP)
- kost křížová zcela vpravo, řitní rýha příčně (RST)
- kost křížová vpředu, mírně vpravo (RSA)

2.2 Diagnostika polohy koncem pánevním

Postavení plodu je diagnostikováno pomocí zevního a vaginálního vyšetření. K dispozici jsou také ultrazvuková stanovení polohy dítěte, která má porodník k dispozici již z prenatální poradny. Poloha se však může až do vysokého stádia těhotenství samovolně měnit. (Hájek et al., 2014, s. 295)

2.2.1 Zevní vyšetření

K zevnímu vyšetření je užíváno hmatů **Pawlikových** či **Budinova hmatu**. Vyšetřující si také všimá objemu břicha, napětí kůže a tvaru dělohy. Pomocí druhého Pawlikova hmatu,

těž hmatu Budinova je určena podélná poloha a postavení plodu. Třetím Pawlikovým hmatem je zjištěna naléhající část plodu, která je měkká, velká a nestejněměrná. Krční rýha je nehmatná. V děložním fundu je tvrdá, velká část plodu - hlavička může balotovat. Ozvy plodu jsou slyšitelné v úrovni pupku nebo nad ním. (Roztočil et al., 2008, s. 284; Doležal et al., 2007, s. 21)

2.2.2 Vaginální vyšetření

Pomocí vaginálního vyšetření zjišťuje vyšetřující lékař nebo porodní asistentka vyplnění přední poševní klenby měkkou, velkou částí plodu. (Hájek et al., 2014, s. 295) Rozpoznání naléhající části je obtížnější, je-li vak blan intaktní a hýždě plodu jsou nad nebo ve vchodu pánevním. (Roztočil et al., 2007, s. 104) Skrz vnitřní branku otevřenou alespoň pro prst nebo přes přední poševní klenbu je hmatná genitoanální rýha plodu s hrotem kostrče, který je pohyblivý v předozadním směru. Zvláště u menších plodů lze dobře vyhmatat klenoucí se, tužší křížovou kost, která připomíná trojhrannou plosku s řadou podélně uložených hrbolků. U dívčího pohlaví zakončují zepředu genitoanální rýhu *labia majora*. U chlapců lze objevit větší měkkou část – *scrotum*. Často je však nehmatné, jelikož je kraniálně vytaženo flectovanými nožkami v kyčelním kloubu. Při otoku měkkých částí je při vyšetření možné zaměnit nález polohy KP s obličejovým naléháním. Kostrč lze zaměnit s kořenem nosu, sedací hrboly s jařmovými oblouky a anální otvor s ústy. Dle způsobu naléhání hmatáme u plodu také drobné části. Nožka má obdélníkový tvar *planty*, který je na konci zakončen prsty, připomínající pohmatem kuličky. Palec nelze odtáhnout od ostatních prstů. Z druhé strany přechází *planta* v ostrém úhlu v patu, nad níž jsou hmatné po stranách kotníky. Kolínko lze poznat podle pohyblivé *patelly*. Naopak ručka je tvaru čtvercového, mezi prsty jsou hmatné zářezy a pohyblivý palec stavějící se do opozice. Ručka přechází přímo na předloktí a není zde ostrý úhel. Vyšetření by mělo být opatrné, aby při něm nedošlo k protržení vaku blan, jehož dolní pól bývá více naplněn plodovou vodou, jelikož KP netěsní dolní děložní segment tak dobře jako hlavička plodu. (Hájek et al., 2014, s. 295; Roztočil et al., 2008, s. 284)

2.2.3 Ultrasonografie

Palpační vyšetření je doplněno ultrazvukovou diagnostikou (dále jen UZ). Ke konci těhotenství je ultrazvukovou biometrií stanoveno držení plodu, rozměry jednotlivých UZ parametrů, váhový odhad plodu, přesný biparietální průměr (BPD) a obvod hlavičky (HC).

(Hájek et al., 2014, s. 295) Dle studie Ľubuškého mají plody v poloze koncem pánevním menší biparietální průměr než odpovídá délce těhotenství. Během studie bylo provedeno 111 UZ, přičemž plody v poloze KP měly výrazně menší BPD, zatímco HC odpovídal délce gravidity. V porovnání biparietálního průměru s obvodem hlavičky vyšel rozdíl 16,2 dnů. (Ľubušký, ©2008)

2.3 Zevní obrat plodu v poloze koncem pánevním

Obrat za pomoci zevních hmatů je užíván pro přetočení plodu z „nežádoucí“ polohy koncem pánevní do polohy podélné hlavičkou. Úspěšnost obratu na hlavičku je udávána kolem 50 – 60 %, přičemž lepší výsledky jsou zaznamenány u multigravidních žen (70%), než u žen rodících poprvé (30%). Porodníci užívají obratu od 36. týdne gravidity, kdy je větší pravděpodobnost, že nedojde k reverzi plodu do původní polohy. V mnohých zařízeních je přetočení prováděno za účelem zmenšení rizika vaginálního porodu KP nebo provedení císařského řezu. Kontraindikací pro provedení obratu je kefalopelvický nepoměr, placenta umístěna na přední děložní stěně, děložní hypertonus, oligohydramnion, IUGR, operace na děloze, stav po SC a vícečetné těhotenství. Výkon se provádí semiambulantně a před provedením samotného obratu je natočen kardiokograf plodu, provedeno UZ vyšetření a aplikují se tokolytika. Žena leží na zádech, má mírně pokrčená kolena a vyprázdněný močový měchýř. Břicho může být potřeno, olejem nebo gelem pro snadnější manipulaci. Porodník stojí vedle ženy na té straně, kde je uložen hřbet plodu. Levá ruka lékaře uchopí hlavičku v děložním fundu a pravá ruka pánevní konec plodu. Ruce se k sobě přiblíží, aby došlo k vysunutí plodu nad rovinu pánevního vchodu, přičemž má plod ohnutý hřbet a hlavička je udržována rukou ve flexi. Dlaní pravé ruky je konec pánevní posouván do druhé děložní hrany, kde se nacházel hřbet plodu, zatímco levou rukou je hlavička směřována do druhé děložní hrany a dolního děložního segmentu. Přetočení musí probíhat ve správném směru, jinak dochází k deflexi hlavičky plodu. Lékař užívá plošného jemného tlaku na plod. Délka výkonu by neměla přesáhnout 5 – 10 minut. (Příloha II, Obrázek 5) V průběhu provádění obratu je kontrolována srdeční akce plodu a změna polohy pomocí UZ. Komplikace mohou nastat jen zřídka (1 – 5 na 1000 výkonů), nejčastěji se však jedná o strangulaci pupečníku, abrupci placenty, bradykardie plodu, předčasný odtok PV, fetomaternální transfuze, hypoxie až smrt plodu. (Hájek et al., 2014, s. 471 – 473; Doležal et al., 2007, s. 128 – 131)

3 VEDENÍ PORODU KONCEM PÁNEVNÍM

„Za postup *lege artis* lze označit všechny techniky směřující k úspěšnému dokončení vaginálně vedeného porodu.“

(Hájek, 2009, s. 40)

V posledních letech lze pozorovat výrazný odklon porodníků od spontánního vedení porodu u nekomplikovaných těhotenství v termínu s eutrofičným, proporciálním plodem v poloze koncem pánevním. (Binder, 2004, s. 64; Binder, 2002, s. 17)

Každá rodička má právo být objektivně informována o možných rizicích i výhodách způsobu vedení porodu při poloze koncem pánevním. Na základě těchto informací se rozhodne, zda podstoupí porod vaginální nebo císařským řezem a podepíše informovaný souhlas. Porodník musí rozhodnutí ženy o způsobu vedení jejího porodu respektovat, s výjimkou stavů, které nejsou v souladu s aktuálními poznatky v porodnictví. (Hájek, 2009, s. 40)

Již v roce 1965 byl vypracován skórovací systém **Zatuchni-Andros** (Tabulka 1), který měl mapovat úspěšnost vaginálního porodu koncem pánevním. V případě nepříznivého skóre (0-4 body) byla rodička připravena na porod císařským řezem. Při skóre vyšším než 4 měla žena vhodné podmínky pro vaginální porod. (Hájek, 2007, s. 34)

Tabulka 1: Zatuchni – Andros skórovací systém

	0	1	2
Parita	nulipara	sekundipara	multipara
Týden gravidity	39	38	37
Předpoklad porodní hmotnosti	3600 g	3100 - 3600 g	3 100 g
Dilatace branky	2 cm	3 cm	4 cm a více
Vztah KP k pánvi	malý oddíl	velký oddíl	šíře

(Hájek, 2007)

Dle Ina May Gaskin (2010, s. 355) existují 3 způsoby, jak porodit dítě koncem pánevním:

Spontánní porod – porod probíhá bez aktivních zásahů lékaře, matka vytlačí dítě sama, přičemž je třeba pouze přidržovat tělo dítěte.

Asistovaný porod – dítě se samovolně narodí po pupečník a poté lékař pomůže porod dokončit.

Extrakce konce pánevního – do běhu porodu se zasahuje již předtím, než se dítě narodí po pupek. Stává se tak u neúplného konce pánevního nebo u KP nožkama, kdy se nožky nejprve stahují dolů, než se tělo porodí po pupek.

3.1 Mechanismus porodu

Při vedení porodu koncem pánevním je nutno znát podrobný mechanismus porodu. Trvání I. doby porodní u polohy KP bývá většinou delší, protože měkké hýždě plodu méně stimulují nervové sakrální receptory, ovlivňující intenzitu děložní činnosti. Rovněž lze pozorovat větší sklon k předčasnému odtoku plodové vody, která může být zkalená smolkou, což v tomto případě neznačí hypoxii plodu. Příčinou je tlak dolního děložního segmentu na dutinu břišní plodu. Průběh II. doby porodní je o něco složitější než u polohy podélné hlavičkou, protože zde probíhají 3 porodní mechanismy, a to hýždí, ramének a hlavičky. (Hájek et al., 2014, s. 296)

3.1.1 Porod hýždí

První fáze porodního mechanismu začíná vstupem hýždí do pánevního vchodu. Genitoanální rýha se podle postavení plodu nachází v I. nebo II. šikmém průměru. (Hájek et al., 2014, s. 296) Při častějším, levém postavení, je páteř plodu více vpředu, zatímco při pravém, méně obvyklém postavení, se páteř nachází více vzadu. Vedoucím bodem se stává přední hýždě. (Roztočil, 2008, s. 286) Kostrč je orientována ve směru hřbetu plodu. Například při I. obyčejném postavení hmatáme kostrč vlevo vpředu. Progrese hýždí probíhá rovinou pánevní šíře až do úžiny. Nárazem KP o pánevní dno dochází z důvodu konkávního tvaru porodních cest k vnitřní rotaci. Předně uložená hýždě, která je vedoucím bodem, se začíná rotovat za sponu stydkou. Celý trup se laterálně flektuje, genitoanální rýha probíhá v pánevním východu příčně. Přední hýždě, podsunutá pod *arcus pubis*, se opře svým *hypomochlionem*, jímž je hřeben kyčelní kosti o dolní okraj spony, kolem kterého se laterálně ohýbá. Dochází k laterální flexi trupu plodu. V poševním *introitu* se nejdříve objevuje přední hýždě, poté oblast genitoanální rýhy a záhy se přes hráz rodí hýždě zadní. (Hájek et al., 2014, s. 296)

3.1.2 Porod ramének

Během prořezávání hýždí se hrudník a následně raménka plodu dostávají do šikmého průměru pánevního vchodu. (Roztočil, 2008, s. 286) Biakromiální průměr je většinou situován v opačném šikmém průměru (při I. obyčejném postavení vstupují raménka v II. šikmém

průměru), než při průběhu genitoanální rýhy při vstupu hýždí. V šikmém průměru postupují raménka dále skrz pánevní šíři a úžinu. Více vpředu uložené raménko se mezi úžinou a východem pánevním rotuje dopředu, za stydkou sponu a biakromiální průměr se ocitá v přímém průměru pánevního východu. Přední raménko se podsune pod *arcus pubis*. Druhým *hypomochlionem* se v tomto případě stává *humerus*, který se opírá o dolní okraj spony. Obvykle dochází k porodu zadního raménka, současně s raménkem předním. (Hájek et al., 2014, s. 296)

3.1.3 Porod hlavičky

V době, kdy se přes hráz rodí břišní část plodu s úponem pupečníku, vstupuje do pánevního vchodu hlavička plodu. (Hájek et al., 2014, s. 296) Nejnižším bodem flektované hlavičky, která se nachází buď v šikmém nebo příčném průměru, je brada a prostupujícím obvodem je *circumferentia suboccipitobregmatica*. Pro plod je tato fáze největším rizikem, a to především z důvodu komprese pupečníku. (Roztočil, 2008, s. 286) Dle Hájka by se měl od této chvíle porod realizovat do 2 minut pro riziko uzávěru fetoplacentární cirkulace. Hlavička dále postupuje rovinou pánevní šíře. Vnitřní rotace hlavičky, kdy se záhlaví plodu stáčí dopředu ke sponě stydké, začíná v úžině a někdy již v šíři pánevní. Třetím *hypomochlionem* je v tomto případě *subokciput*, kterým se hlavička opře o okraj spony a rotuje se v horizontální ose. Při prořezávání z rodidel se nejdříve objevuje brada, obličej, čelo a jako poslední záhlaví s oblastí malé fontanely. (Hájek et al., 2014, s. 296 – 297)

3.2 Poruchy mechanismu porodu koncem pánevním

Mezi poruchy mechanismu porodu koncem pánevním dle Hájka et al. (2014, s. 297 – 298) řadíme :

Prolongovaná přestávka děložní činnosti po porození hýždí dítěte. Situace je řešena intravenózní aplikací Oxytocinu, při neúspěchu přistupuje porodník k vybavení plodu poloviční extrakcí.

Vztyčení nebo zaklínění ruček při porodu ramének je řešeno Müllerovým manévrem a dále extrakcí hlavičky plodu.

Spasmus branky a dolního děložního segmentu po porodu ramének. K situaci dochází, pokud je branka nedostatečně dilatována, je porozen menší plod, plod naléhající nožkami anebo kolínky. Při zjištění porušeného držení plodu, či nízké porodní váhy je jako preven-

ce vzniku tohoto stavu doporučován primární císařský řez. Pokud nastane tato komplikace během porodu eutrofického plodu, je nutná bezprostřední intravenózní aplikace Dolsinu rodičce.

Abnormální rotace hlavičky. Obličej plodu je v této situaci obrácen dopředu pod sponou stydkou a hypomochlionem se stává velká fontanela. V této situaci je nutno vykonat obrácený hmat podle Mauriceaua–Smellieho.

Deflexe hlavičky před vstupem do pánve a zaklínění brady za horní okraj spony. Tato komplikace nastává u nedagnostikovaného kefalopelvického nepoměru během extrakce plodu. Řešením této situace je užití obráceného pražského hmatu.

Nadměrný odtok plodové vody při prolongovaném porodu, způsobující děložní apozi-ci. Dochází k poruše děložní činnosti a fetoplacentárního oběhu. Jako prevenci tohoto stavu necháváme vak blan po celou I. dobu porodní intaktní a po odtoku PV zjišťujeme pomocí vaginálního vyšetření vztah konce pánevního k pánevnímu vchodu.

3.3 Spontánní vaginální porod koncem pánevním

Spontánní vaginální porod koncem pánevním nastává, když je plod porozen samovolně, bez aktivních zásahů porodníka. (Gaskin, 2010, s. 355) Dle WHO zní definice normálního porodu následovně: „*Spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.*“ (WHO, 1999) Podle této definice nelze považovat porod KP jako přirozený. Avšak každý lékař, či porodní asistentka by měli znát mechanismus porodu KP a vědět, jak přivést plod na svět přirozeně i za těchto podmínek.

Českou lékařskou společností J. E. Purkyně byl vydán „Doporučený postup pro porod do-
nošeného plodu v poloze KP“. (Binder, Unzeitig a Velebil, 2013, s. 21 – 22) Každé ženě by měly být vysvětleny výhody a nevýhody spojené s vaginálním porodem nebo císařským řezem. Na základě informací se může rodička rozhodnout o způsobu porodu. Rodit vaginálně však lze pouze v případě, kdy odhadnutá hmotnost plodu není menší než 2500 g, větší než 3500 g u primipar a 3800 g u multipar. Pro úspěšný průběh vaginálního porodu musí být také zachováno správné držení plodu (úplná poloha KP, řítní poloha) a vyloučeny stavy, jakými jsou: *placenta praevia*, zúžená pánev a myomatózní děloha. Nutností je také vést tyto porody pouze v kvalifikovaných zařízeních. Dle Bindera, Unzei-

tiga a Velebila (2013, s. 22) je indukce v případě vaginálního porodu KP možná, zatímco alternativní polohy jsou v tomto případě nežádoucí a rodička by měla ležet v poloze na zádech.

Fyziologický porod koncem pánevním popisuje ve svém článku Jane Evans (2010, s. 17). Jako soukromá porodní asistentka, měla během 20 leté praxe příležitost sledovat pohyby jak rodící ženy, tak i plodu v poloze koncem pánevním, který podle ní není jen pasivním objektem porodního procesu. Souhrou těchto pohybů s využitím zemské gravitace při zaujaté poloze „na čtyřech“ dochází k hladkému průběhu porodu KP. Porodník nemanipuluje s dítětem, ale pouze ho po porodu hlavičky zachytí.

Dle Evans (2010, s. 18) by měl porod začít samovolně, nikoli být indukován. Během spontánního porodu by neměly být podávány žádné léky tlumící bolest, léky urychlující porod a v konečné druhé fázi porodu by nemělo dojít k řízenému tlačení. Tvrdí také, že epidurální analgezie zabraňuje ženě ve vnímání podnětů svého těla a vykonávání spontánních pohybů. Důležitá je také klidná, nestresující atmosféra, při níž se žena cítí v bezpečí. Díky tomu dochází k vyplavování hormonů, které způsobují relaxaci pánevního dna, a tím snadnější otevírání děložního hrdla. Matka by neměla být nabádána k řízenému tlačení, ale vyhovovat svým pocitům a nucení na tlačení. (Evans, 2012, s. 18) V konečné fázi II. doby porodní se uplatňují také hormony adrenalinové skupiny, jež udržují tendenci rodičky setrvat ve vzpřímené poloze a nutkavý pocit se něčeho nebo někoho chytit. (Odent, 2014, s. 94)

3.3.1 Porod „na čtyřech“

„Je nepřipustné, aby byl císařský řez jedinou možností pro ženy, jejichž dítě zaujímá polohu koncem pánevním, jen proto, že my odborníci jsme ztratili znalosti a dovednosti jak jim asistovat při bezpečném, přirozeném, vaginálním porodu.“

(Jane Evans, 2012, s. 21)

Poloha „na čtyřech“ využívá během porodu gravitace, přičemž má žena prostor pro neomezený pohyb pánví a plod má při postupu porodními cestami více prostoru. Pokud nejsou lékařem nuceny zaujmout horizontální polohu, volí ženy západní společnosti v počáteční fázi II. doby porodní raději vzpřímenou polohu s opřením nebo polohu na kolenou. (Evans, 2012, s. 18) Při poloze „na čtyřech“ je jedna noha nebo polovina těla více vysunuta vpřed než druhá. Hlavička dítěte vykonává během porodního procesu spirálovitý pohyb, na zá-

kladě čehož lze usoudit, že porod můžeme vnímat jako asymetrický jev. Z tohoto důvodu je symetrická poloha vleže na zádech pro porod nevhodná. (Odent, 1990, s. 65) Rodička sedící na patách dosahuje maximálního uvolnění bulbokavernózního svalu se svěřáčem a dítě hladce sestupuje porodním kanálem k východu. Po porodu přední – pravé hýždě, následně zadní – levé hýždě (II. méně obvyčejné postavení plodu, řitní poloha), dochází u plodu k rotaci proti směru hodinových ručiček. Tímto pohybem se kostrč plodu dostává přímo pod stydký oblouk, zatímco ramínka plodu vstupují v šikmém nebo příčném průměru do pánevního vchodu. V poševním východu se dále objevují stehna, podkolenní jamky a lýtka. Plod se pánví ohýbá dozadu, spodní část trupu plodu projde kolem symfýzy matky, nožky se uvolní z introitu a hlavička vstupuje do vchodu pánevního. S uvolněním nožek a spodní části těla plodu je možno sledovat pupečník a vyloučit tak zástavu fetoplacentární cirkulace. Díky pozici „na čtyřech“ také nehrozí komprese pupečníku vlastní vahou plodu. Rotace proti směru hodinových ručiček pokračuje a přes hráz se jako první rodí přední – levá ručka, která byla na začátku porodu uložena vzadu, v zápětí zadní – pravá ručka. V této fázi lze u plodu pozorovat dýchací pohyby, které vykonával již v děloze. Před porožením hlavičky dochází současně k několika úkonům. Dítě ohne dolní končetiny k bříšku a horní končetiny flektuje k ramínkům. Tímto schoulením se bradička plodu ohne k hrudi a hlavička se dostává do flexe. V tomto okamžiku se rodička sníží do polohy „na čtyřech“ nebo do koleno – loketní polohy, čímž dojde k vyklenutí pánve matky a hlavička plodu snáze mine kost křížovou rodičky. Přes hráz se následovně rodí brada, ústa, nos, obličej a nakonec záhlaví plodu. Ve chvíli, kdy dojde k porodu hlavičky, by měl být asistující u porodu připraven zachytit novorozence. Novorozenci porození koncem pánevním potřebují stejně jako děti, které se narodí do vody o pár sekund víc na to, aby se poprvé nadechli. Během porodu „na čtyřech“ má asistující dostatečný prostor na to, aby pozoroval, popřípadě zaznamenával barvu dítěte, svalový tonus a tepající pupečník. (Evans, 2012, s. 17 – 21) (Příloha II, Obrázek 6, Obrázek 7)

Při spontánním porodu „na čtyřech“ je nutno, aby se porodník držel pravidla „hands off“ neboli „ruce pryč – nedotýkat se“. Je také důležité, aby se asistující porodu naučil rozpoznat známky vzniku obstrukce postupujícího plodu a v takovémto případě ihned zakročil. Tři pravidla pro bezpečný porod koncem pánevním zní: **nedotýkat se** (dokud nedojde k porodu hlavičky plodu, neutírat ženu, netlačit jí do hýždí, neprovádět masáž perinea), zaujmout **polohu na čtyřech a nepřerušovat pupečník** (dítě dostává kyslík z placenty,

zatímco je u matky v náruči; resuscitace může být zahájena mezi koleny matky). (Tully, 2013, s. 21)

Je-li žena v poloze „na čtyřech“, lze zadržení hlavičky v porodních cestách poznat podle nerovnoměrného vyboulení hráze a vylézání sliznice konečníku, které způsobuje obličej dítěte. Pokud je hlavička flektována, je hráz kruhovitá a hladká. K uvíznutí hlavičky může dojít ve třech místech a to v předozadním průměru pánevního vchodu, uprostřed porodních cest a v pánevním východu za kostrčí. Tuto situaci řeší **Louwenův hmat**, který je vykonáván pomocí prstů zavedených do porodních cest. Ruce asistujícího přetáčí plod do potřebných pánevních průměrů a ten může dále sestupovat porodním kanálem. Pro flexi hlavičky plodu je užíváno hmatu **Smellie – Cronk**. Porodní asistentka Mary Cronk upravila hmat **Smellie – Veit** pro užití při porodu koncem pánevním ve vzpřímené poloze. Asistující rozloží dva prsty na lícni kosti plodu, do úst není prst vkládán. Druhá ruka je vsunuta pod stydkou kost ženy a tlačí záhlaví vzhůru k děloze, čímž napomáhá flexi hlavičky. Je-li žena v poloze „na čtyřech“, není nutno plod zvedat jako při hmatu **Veit – Smellieho**, ale necháme ho „sedět“. Při hmatu **Smellie – Cronk** je nutno nevykonávat tah za ramena plodu, ale raději použít mírný tlak na fundus. Další možností je užití **Frank's nudge**, při kterém asistující manipuluje s již porozeným tělem dítěte. Prsty jsou jemně rozloženy na záda dítěte, palce jsou umístěny pod klíčními kostmi. Palce tlačí na místo pod klíční kosti a zároveň je celé tělo tlačeno směrem k symfýze matky. Asistující může mírně zatlačit na děložní fundus (jemný tlak lze užít až po porození těla). Tento hmat vyvolá reflex, který způsobí flexi hlavičky a dítě je následovně hladce porozeno. (Tully, 2013, s. 22 – 23) (Příloha II, Obrázek 8)

3.4 Asistovaný vaginální porod koncem pánevním

Vaginální porod koncem pánevním patří dle Doležala et al. (2007, s. 13) do porodnictví fyziologického, může být však povahy hraniční. Naopak v knize od Hájka je tento porod popisován z hlediska možných komplikací jako porod rizikový. (2014, s. 298)

O příjmu rodičky s polohou plodu KP je informován vedoucí lékař porodního sálu, který po vyšetření rozhoduje o dalším průběhu porodu. Vak blan je ponechán intaktní až do konce I. doby porodní, pokud dojde k samovolnému protržení, je rodička ihned vaginálně vyšetřena z důvodu zvýšeného rizika výhřezu pupečníku. Při primárně nebo sekundárně slabých kontrakcích podpoříme děložní činnost infuzí s oxytocinem. (Kudela, 2008, s. 175) Stav plodu je monitorován pomocí KTG. Po zániku branky při neporušeném vaku blan je

provedena opatrná dirupce s následným monitorováním plodu. Rodičce je povoleno tlačít až při tlaku KP na pánevní dno a dokonale zašlé brance. Žena je uložena v poloze na zádech, přičemž ke konci II. doby porodní má nohy umístěny ve Schautových podpěrách. Při vstupování vedoucí hýždě do poševního introitu je provedena vydatná laterální episiotomie a kontrakce jsou podpořeny nitrožilní aplikací oxytocinu. Porod je dále veden podle **Covjanova**, kdy porodník přiloží ulnární hrany rukou na zevní rodidla ženy. Prsty obemkne trup plodu a palci ho podepírá zespod. (Hájek et al., 2014, s. 298 – 299) Tímto dojde k prodloužení porodního kanálu pánevního dna a zachování správného držení plodu. Plod prokluzuje mezi prsty. Při progresi je plod pouze směřován velkými obloukem dopředu a nahoru, ve směru porodního kanálu. Během porodu předního ramínka je plod mírně skláněn, při prostupu ramínka zadního je plod nadzvednut. (Příloha II, Obrázek 9) Za vydatných kontrakcí proběhne porod hlavičky samovolně. (Doležal et al., 2007, s. 111) Při její stagnaci je užíván hmat **Mauriceau-Smellieho**, podle něhož je trup dítěte položen jízmo na tu ruku, která je shodná s postavením zad plodu (při levém postavení použijeme levou ruku, při pravém postavení využijeme ruku pravou). Ukazovák a prsteníček se zapře o jařmové kosti na obličejí plodu, prostředník o oblast maxilly. Tímto úchopem porodník nevykonává trakci, ale udržuje hlavičku plodu ve flexi. Druhá ruka spočívá na hřbetu plodu, přičemž ukazovák s prsteníčkem jsou zaklesnuty v ramínkách a prostředník je opřen o záhlaví. Trup je poté lehce nadzvednut a bez vynaložení násilí se přes hráz porodí hlavička. (Příloha II, Obr. 9) Porod hlavičky lze provést také instrumentálně za pomoci Piperových nebo Kjellandových kleští. (Roztočil, 2013, s. 57) Při porodu KP lze využít **Brachtovy metody**, která předpokládá, že se celý trup rodí jako jednolitý válec. Vynechává tedy zcela mechanismus porodu ramének plodu. (Kudela, 2008, s. 176) Dolní polovina těla plodu se rodí samovolně. Stehna plodu jsou přidržovány palci asistujícího k břichu plodu, neměl by být vyvíjen tah za porozenou část plodu. S další kontrakcí po porodu pupečníku páčí porodník plod směrem k břichu rodičky ve směru pánevní osy, zatímco asistující vykonává plošný tlak rukou nad stydkou sponou. (Doležal, 2007, s. 111) (Příloha II, Obrázek 10)

3.4.1 Asistovaný porod s částečnou extrakcí

Částečnou extrakcí rozumíme stav, kdy je plod porozen po pupečník, kontrakce jsou nedostačující a porod přestane postupovat. Tento výkon je řazen mezi porodnické operace. Zastaví-li se porod v této fázi, nemůže porodník dlouho vyčkávat kvůli hrozící hypoxii plodu, z důvodu uskřinutí pupečníku mezi kostmi pánve a částmi plodu. (Doležal, 2009, s. 281) Další indikací mohou být stavy ohrožující rodičku na životě, akutní porodní poranění

při zašlé brance a stagnace porodu po podání uterotonik. (Roztočil, 2013, s. 57) Na poroženou část plodu sahá porodník přes roušku, aby zabránil prokluzování plodu v rukou a předešel tak větší traumatizaci novorozence. (Doležal et al., 2007, s. 111) Je užívána metoda dle **Müllera**. (Příloha II, Obrázek 11) Palce porodníka jsou uloženy na hýždích plodu a ostatní prsty uchopí stehna plodu. Tah je prováděn vzad a dolů, zešikma na tu stranu, kde jsou uloženy záda plodu. Při prořezání předního raménka s ručkou pod symfýzou, je plod přizvednut k břichu rodičky a dojde k porození zadního raménka a ruky. (Kudela, 2008, s. 177) Při stagnaci porodu přední ruky, jsou porodníkem zavedeny prsty do pochvy pod symfýzu. Prsty jsou zaklesnuty do loketní jamky paže plodu a stáhnutím je vybavena přední ručka. Důležité je nepáčit humerus. Stejný manévr lze užít, pokud nelze vybavit ručku zadní. Selže-li Müllerova metoda, přistupuje se k technice kombinované. V případě pevného vztyčení nebo zaklínění ruky je využito lepšího přístupu k zadní paži přes vyhloubení kosti křížové. Plod nadzvednutý k trupu matky způsobí uvolnění a porození zadního raménka a ruky. Poté je trup skloněn směrem k podložce a dochází k vybavení předního raménka a paže. (Hájek et al., 2014, s. 478) Částečnou extrakci lze provést také dle **metody klasické**, která je užívána při vztyčení ruček plodu. (Příloha II, Obrázek 12) Úchop plodu porodníkem je stejný jako u metody Müllerovy. Porodník provádí trakci vzad, dolů a zešikma tam, kde se nachází záda plodu. Po objevení dolního úhlu lopatky pod stydkým obloukem, uchopí ruka, která je na straně břicha plodu zkřížené nožky za kotníky, přičemž prostředník pokládá nad zkřížení a palec pod zkřížení. Tah za nožky je směrem vpřed, vzhůru a mírně do strany pro uvolnění místa v pochvě. Asistující zavádí druhou ruku podél hřbetu plodu až k raménku a vějířovitě rozevřenými prsty stahuje zadní paži. Plod je poté otáčen zády pod sponu (nachází-li se plod vlevo, točíme proti směru hodinových ručiček a naopak) o 180 stupňů, díky čemuž se z původně přední zaklíněné ruky stává ručka zadní. Skrze vyhloubení kosti křížové lze ručku snáze vybavit. Během otáčení je hrudník vtláčován jemně zpět do pánve, z důvodu prevence zaklínění hlavičky plodu. (Kudela, 2008, s. 179)

3.4.2 Asistovaný porod s totální extrakcí

Totální extrakcí rozumíme porodnickou operaci, k níž porodník přistupuje v případě, že nezbývá čas k vykonání císařského řezu. Extrakce je užívána nejčastěji při akutních, plod ohrožujících situacích, jako jsou alterace ozev při život ohrožujícím stavu rodičky, nepostupujícím porodu ani po aplikaci uterotonik a u akutně vzniklého porodního krvácení po zániku branky. (Roztočil, 2013, s. 57) Jsou-li v poševním *introitu* hmatné drobné části,

je plod uchopen za jednu či obě nožky, za které provádí porodník trakci ve směru pánevní osy. (Příloha II, Obrázek 13) Při porodu hýždí přes hráz je tah vyvíjen dolů a vpřed. Po porodu plodu po hřeben kosti kyčelní je proveden tah směrem vzhůru, přičemž dojde k prořezání zadní hýždě. Zadeček plodu je poté uchopen tak, že palce jsou položeny v křížové oblasti a ostatní prsty objímají stehna plodu. (Kudela, 2008, s. 180) Trakce je prováděna dozadu a dolů, přičemž pánevním vchodem prochází trup plodu. Následující kroky porodníka jsou totožné jako u částečné extrakce plodu. (Příloha II, Obrázek 14) Je důležité nezaměnit nožku, kterou asistující stahuje. Při stažení nesprávné nožky může porodník zapříčinit abnormální rotaci plodu v poloze KP. (Doležal et al., 2007, s. 120)

3.5 Primární císařský řez při poloze koncem pánevním

Císařský řez, chceme-li latinsky *sectio caesarea* (dále jen SC), je názvem užívaným již od 17. století. Význam slova *caesus* znamená otevřený řezem a *sectio* řezati. Slovo *cesar* znamená také velkou sílu. Doslovně můžeme tedy název *sectio caesarea* přeložit jako řez řezem. (Zábranský, 1997, s. 9) Záznamy o této porodnické operaci sahají až do starověku, kdy byly tyto řezy používány na tělech mrtvých žen. Postupem času se začaly uplatňovat podélné řezy na děloze vyčerpaných rodiček bez užití anestezie a aseptických postupů. Řezy na děloze nebyly sešívány a mortalita žen dosahovala až 100%. (Doležal, 2007, s. 205) Teprve zavedení asepse, zlepšení operační techniky (řez dle **Pfannenstiela** v dolním děložním segmentu), pokroky ve farmakologii, zlepšení anestezie, pokles mateřské morbidity a mortality umožnily císařskému řezu většího rozšíření. (Hájek et al., 2014, s. 493)

Plánovaný, elektivní nebo také primární císařský řez je indikací v zájmu matky, plodu nebo obou zároveň. Frekvence SC v ČR stále stoupá. V roce 2005 se četnost provádění císařského řezu pohybovala okolo 17,87 % a v roce 2011 vzrostlo toto číslo na 24,35 %. Přičemž v perinatologických centrech je tato cifra ještě o 10 % vyšší. (Hájek et al., 2014, s. 500) V současné době, kdy je především na internetu nepřehledné množství informací o možných rizicích jak pro matku, tak pro plod při porodu KP, odmítají ženy родit vaginální cestou. Zatímco v minulosti převládala vaginální porodnická operativa (obraty a extrakce plodu), dominantou dnešní doby je provádění císařských řezů. Zaznamenáváme obrovský vzrůst primárních císařských řezů, v případě žen s polohou plodu KP je to 79 – 92%. (Hájek, 2008, s. 19 – 20) Žena tedy již během těhotenství ví, zda dojde k plánovanému císařskému řezu v termínu porodu nebo o něco dříve. O indikaci k elektivnímu císařskému

řezu rozhoduje váhový odhad plodu, IUGR, porušené držení plodu, vysoko naléhající KP, oligohydramnion, stav po porodu per SC, stav porodních cest a anamnéza rodičky. (Hájek et al., 2014, s. 493 – 494)

3.5.1 Komplikace císařského řezu

Provedení císařského řezu sebou přináší velké množství možných komplikací. O náročnosti této operace svědčí 6x větší výskyt komplikací než u spontánního porodu. (Hájek et al., 2014, s. 499) Dle Doležala et al. (2007, s. 253) dělíme komplikace na peroperační, pooperační a pozdní. **Peroperačními** rozumíme obtíže především anesteziologické, na jejichž vzniku se v těhotenství podílí mnoho faktorů, jako je vysoký stav bránice, zvýšená hladina progesteronu a vyšší kyselost žaludečního obsahu. V případě akutních císařských řezů může být možnou komplikací náplň zažívacího traktu anebo některé léky (tokolytika, opioidy). Při zvolení celkové anestezie je obtížná intubace, hrozí *laryngospasmus*, *bronchospasmus*, syndrom DDŽ, aktivní zvracení a v neposlední řadě také pasivní návrat žaludečního obsahu s možnou aspirací do dýchacích cest. Může také dojít k rozvinutí Mendelsonova syndromu, který se projeví bronchospasmem a končí prudkou hypoxií. Velmi nebezpečnou komplikací během operace je krvácení v oblasti řečiště *aa. uterinae*, krvácení z venózních plexů a rozvoj poruchy hemokoagulace. (Hájek et al., 2014, s. 499 – 500) Mezi chirurgické komplikace řadíme: poranění močového měchýře (0,6 %), *ureteru* (0,1 %), dělohy, *adnex*, střeva (0,1 %), stěny břišní a krvácení s rozvojem DIC, které může být také příčinou nutnosti provedení podvazání hypogastrických arterií nebo provedení *hysterektomie*.

Další skupinou jsou komplikace **pooperační**, při nichž se může rozvinout infekce v místě řezu na děloze s dehiscencí rány a rozvojem pelveoperitonitidy, endometritidy, cystitidy nebo k infekci laparotomie. Do skupiny pooperačních komplikací řadíme také: tromboembolii, pneumonii, cystitidu s retencí moče, anémii po rozsáhlejší krvácení během operace a v neposlední řadě také vzácnou embolii plodovou vodou nebo embolii vzduchovou. Výskyt **pozdních** komplikací (ložiska endometriózy v jizvě po laparotomii nebo vznik sekundární sterility) je díky zlepšování operačních postupů velmi nízký. V následující graviditě však hrozí riziko ruptury dělohy v oblasti jizvy, dochází k poruchám placentace a také k dystokické děložní činnosti. (Roztočil et al., 2008, s. 338 – 339) Méně častou pozdní komplikací je také kýla v jizvě po řezu. Častější výskyt je u střední než u příčné

suprapubické laparotomie. Vyšší riziko vzniku kýly v jizvě je při hojení rány *per secundam*, drenáži a opakované laparotomii. (Hájek et al., 2014, s. 500)

3.6 Poranění ženy

Záhy po porodu je porodníkem nebo porodní asistentkou zkontrolováno porodní poranění a jeho rozsah. S prováděním operativního porodu dochází k nárůstu výskytu rozsáhlých poranění měkkých porodních cest. Definice a klasifikace poranění po porodu není jednotná. Jedná se především o poranění struktur hráze, pochvy, děložního hrdla a dělohy. U rozsáhlých trhlin hráze provádí porodník také palpační vyšetření svěrače. Rizikovým faktorem pro vznik perineálních poranění je: velký plod, vyšší věk rodičky, první porod a vaginální operační porod. (Záhumenský, 2009, s. 331; Roztočil et al., 2008, 295)

3.6.1 Poranění ženy po vaginálním porodu

Nejčastější prováděnou porodnickou operací ve II. době porodní je epiziotomie, jejímž cílem je rozšíření měkkých porodních cest. (Kudela, 2008, s. 196) Nástřih hráze se vykonává za účelem urychlení II. doby porodní, zmenšení rizika poranění hlavičky novorozence, prevence trhlin hráze a pochvy, lepšího kosmetického efektu, lepší funkčnosti *vulvy* po období šestinedělí a v neposlední řadě jako prevence descensu rodidel a močové inkontinence. (Roztočil et al., 2008, s. 323) Indikována je při porodu plodu koncem pánevním, deflexní poloze hlavičky plodu, velkého plodu a před vaginálními porodnickými operacemi. Dle Hájka et al. (2014, s. 468) by se měl porod v případě pružné hráze a spolupracující rodičky vést bez nástřihu. Naopak při pevné, vysoké nebo zjizvené hrázi epiziotomii doporučuje, pro její lepší hojení. Při porodu velkého plodu doporučuje včasný nástřih, jako prevenci divulze perinea se vznikem mikrotrhlin, s následkem ztráty elasticity a projekce do sexuálního života.

Ruptura hráze a *vulvy* je nejčastější, samovolné poranění při porodu. Drobné trhlinky v oblasti malých stydkých pysků většinou není nutno ošetřovat. Příčinou vzniku trhlin hráze může být špatné chránění hráze, rychlá progresse hlavičky, předčasná deflexe hlavičky a křehká tkáň po probíhajícím zánětu. (Hájek et al., 2014, s. 441) Dle Britské královské společnosti gynekologie a porodnictví dělíme poranění hráze na čtyři stupně.

Tabulka 2: Klasifikace ruptury hráze dle Britské královské společnosti gynekologů a porodníků

I. stupeň	Poranění kůže perinea
II. stupeň	Poranění perinea zahrnující perineální svaly bez análního svěrače
III. stupeň	Poranění perinea zasahující i musculus sfincter ani
	3a Méně než 50% zevního análního svěrače
	3b Více než 50% zevního análního svěrače
	3c Zevní i vnitřní anální svěrač
IV. stupeň	Poranění zevního a vnitřního análního svěrače a sliznice rekta

(Záhumenský, 2009, s. 332)

S poraněním hráze dochází poměrně často také k rupturám pochvy. Samostatné trhliny pochvy po porodu nastávají zřídka. Nesprávně ošetřená trhlina způsobuje hromadění vytékající krve v *parakolpiu* s ascendentním šířením do *parametria* a vzniku retroperitoneálních hematomů. (Hájek et. al., 2014, s. 440) K menším poraněním děložního hrdla dochází při každém porodu. Tyto trhlínky se samy snadno zhojí. Závažnějšími jsou trhliny podélné, které se mohou šířit do poševní klenby nebo k dolnímu děložnímu segmentu. Z hromadící se krve v parakolpiu vzniká hematoma, rodička je ohrožena krvácením a sekundární infekcí. (Roztočil et. al., 2008, s. 296) Méně častou situací je v dnešní době ruptura dělohy. I přes ojedinělý výskyt se jedná o příčinu mateřské mortality v souvislosti s těhotenstvím a porodem. (Hájek et. al., 2014, s. 443)

3.6.2 Poranění ženy po porodu per sectionem caesaream

Pro vybavení plodu při porodu císařským řezem provádí operatér laparotomii s následnou hysterotomií. Nejčastější laparotomií je poloobloukovitý příčný řez podle **Pfannenstiela**, přibližně 2 cm nad stydkou sponou. (Hájek et al., 2014, s. 497) Komplikací může být infekce *sutury* laparotomické rány nebo její *dehiscence*. Vzhledem k velkému pokroku v technice provádění SC a objevem antibiotik, dochází zřídka ke komplikaci, jako je infekce *sutury* hysterotomie s její dehiscencí a následným rozvojem pelveoperitonitidy, endometritidy a cystitidy. (Roztočil et al., 2009, s. 338 – 339)

3.7 Traumatismus novorozence

Každý novorozenec je bezprostředně po porodu ošetřen a po přeložení na novorozenecké oddělení je podroben prvnímu vyšetření *neonatologem* nebo *pediatrem*. První prohlídka

je velmi podrobná a lékař při ní hodnotí průběh adaptace po porodu, zdravotní stav novorozence a zjišťuje případné vrozené vývojové vady. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 19) Nejvhodnější doba pro první prohlídku novorozence je v II. fázi reaktivity, to znamená po probuzení novorozence ze spánku po porodu. Načasování by se však mělo přizpůsobit klinickému stavu novorozence. Uplatňuje se pravidlo: „raději dříve, než později“. (Fendrychová, Borek et al., 2012, s. 57)

3.7.1 Trauma novorozence po vaginálním porodu

Porodním traumatem je mechanické poškození tkání nebo orgánů novorozence, které vzniklo nepřiměřeným úsilím porodníka během porodu. Rozlišujeme poranění novorozence **zevně patrné** při fyzikálním vyšetření nebo **poranění skryté**. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 29) Při porodu koncem pánevním je větší sklon k traumatizaci plodu. U protrahovaných porodů dochází při poloze KP k poranění měkkých tkání a následnému edému v oblasti hýždí (u chlapců v oblasti šourku, u dívek v oblasti *lábi*). Dochází-li v místě otoku ke krvácení mezi tkáně, jedná se o hematom. (Doležal et. al., 2007, s. 306) Zvýšeným tlakem a následnou poruchou prokrvení při porodu může vzniknout subkutánní tuková nekróza na zadečku plodu. Ložiska nekrózy jsou tvrdá, nepravidelně ohraničená, bílá až načervenalá o velikosti 1 – 10 cm. V období 6 – 8 týdnů po porodu, ložiska samovolně změknou a vymizí. (Hájek et. al., 2014, s. 234)

Díky nešetrnému zacházení porodníka při vybavování vztyčených ruček a hlavičky plodu, může dojít ke krvácení do dutiny lebeční, poranění páteře nebo míchy. Tah za trup plodu, s flexí a rotací páteře způsobuje oddálení obratlů, popřípadě jejich frakturu. K úpravě stavu novorozence dochází během několika měsíců, v závislosti na míře poškození, při neporušené míše. Při obtížném vybavování vztyčené ručky a extrakci hlavičky u polohy KP může dojít k paréze brachiálního plexu. (Doležal et al., 2007, s. 308 – 310) Dle rozsahu poranění dělíme parézu brachiálního plexu na dva typy, a to horní a dolní typ. Horní typ se objevuje v 90 % tohoto poranění. Dochází k útlaku plexu otokem nebo krvácením v oblasti 5–6 cervikálního obratle. Poškození způsobuje neschopnost pohybu v ramenním kloubu, díky postižení ramenního, lopatkového a pažního svalstva. Dolní typ je závažnější, postihuje sedmý cervikální až první thorakální obratel. Postiženy jsou svaly předloktí a ruky, která není schopna úchopového reflexu. (Hájek et al. 2014, s. 233) Během stanovení této diagnózy je nutno vyloučit intrakraniální trauma, zlomeninu klavikuly a humeru. Další vývoj poškození závisí na míře poškození nervu. Pokud je příčinou paralýzy edém

nebo krvácení, může dojít během několika měsíců k úpravě funkce nervu. Při přetržení nervu se jedná většinou o ireverzibilní poruchy hybnosti s atrofií svalu. (Doležal et. al, 2007, s. 308 – 310) U obou typů je nutno začít po 7–10 dnech s rehabilitací pro prevenci vzniku kontraktur. Další vývoj závisí na stupni postižení, u většiny dětí však dochází během 3–6 měsíců k uzdravení. (Hájek et al. 2014, s. 233) Během aktivního vedení II. doby porodní porodníkem, může při vybavování ručky dojít k fraktuře klavikuly. Při vyšetření novorozence pozoruje neonatolog nesourodost pohybu horních končetin, Moorova reflexu a palpačně hmatá necelistvý průběh klíční kosti s možnou krepitací úlomků. Tato zlomenina má dobrou prognózu a při šetrném zacházení s postiženou končetinou není nutná fixace. (Doležal et. al, 2007, s. 308 – 310)

Torticollis vzniká, pokud během porodu dojde ke krvácení do *musculus sternocleidomastoideus* nebo jeho ischemii. Hlava je díky kontraktuře či zkrácení svalu skloněna na postiženou stranu. V případě tohoto poranění je nutná rehabilitace dětským neurologem jako prevence trvalého zkrácení tohoto svalu. (Hájek et al., 2014, s. 234) V průběhu porodu koncem pánevním může páčením dolních končetin plodu dojít k fraktuře femuru. Zlomeninu provází edém, hematoma, krepitace, patologické držení končetiny a bolestivost při pohybu. Dolní končetina musí být fixována a novorozenec je kontrolován ortopedem. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 30 – 31) Mezi vzácná poranění, která jsou způsobena užitím nepřiměřené síly při extrakci plodu porodníkem, patří ruptura jater, sleziny nebo krvácení do nadledvin. Projevují se jako náhlá příhoda břišní nebo hypovolemický šok. (Páralová, 2013, s. 117)

3.7.2 Trauma novorozence při porodu per sectionem caesaream

Z neonatologických komplikací je nutno zmínit možné poranění novorozence a retenci alveolární tekutiny, s následnými respiračními potížemi. K poranění může dojít nešetrnou manipulací operátora, při vybavování plodu z dělohy. Větší míra ohrožení je v případě nezralých plodů a extrakci plodu z polohy příčné nebo koncem pánevním. (Roztočil et al., 2008, s. 338 – 339) Ve vzácných případech dochází během císařského řezu k poranění plodu skalpelem operátora. Řezná rána bývá většinou povrchová a pro ošetření je potřeba pouze náplastový steh. (Hájek et al., 2014, s. 234)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou vedení porodu koncem pánevním v termínu porodu. Zjišťuje, zda chtějí matky v dnešní době, kdy se vytrácí „um“ porodníků vést tento porod přirozeně, родit císařským řezem nebo vaginálně. Práce je zaměřena na informovanost žen o možnostech porodu při poloze koncem pánevním, na průběh druhé doby porodní v různých polohách, poranění žen po porodu a poporodním poranění novorozence. V závěru je doplněna postojí a názory porodníků o způsobu vedení porodu koncem pánevním.

4.1 Cíle práce

1. Cíl – Zjistit reakci žen po diagnostikování polohy koncem pánevním u jejich plodu, faktory ovlivňující jejich rozhodnutí v možnostech vedení porodu a porodní zážitek.
2. Cíl – Srovnat rozsah porodního poranění a délku II. doby porodní po vaginálním porodu u rodiček, jejichž porod koncem pánevním byl veden v různých porodních polohách.
3. Cíl – Zjistit z hlediska prvního vyšetření novorozence, zda došlo během porodu k traumatizaci.
4. Cíl – Zjistit postoj gynekologů – porodníků k vedení porodu koncem pánevním.
5. Cíl – Srovnat počet vaginálních porodů a císařských řezů při poloze koncem pánevním v letech 2013 – 2014.

4.2 Užitá metoda výzkumu

V práci je zvolena smíšená forma výzkumu.

Kvalitativní metoda se zabývá malou skupinou respondentů a využívá podrobnějších informací. Jedná se o nematematický analytický postup. Metoda se většinou týká života lidí, příběhů a chování. Může se také zabývat chodem organizací, společenských hnutí a vzájemných vztahů. Badatel sbírá údaje, které mají charakter textu a následně je musí přeformulovat do textů odlišných. Vznikají tak případové studie a životní příběhy. Kvalitativní výzkum vyžaduje dostatek času, vědomostí a dovedností. (Kutnohorská, 2009, s. 22 – 23)

Získání informací, zkušeností a postojů k danému tématu bylo uskutečněno pomocí *polostandardizovaného rozhovoru*. Při polostandardizovaném rozhovoru využívá tazatel předem připravené otázky, jejichž pořadí lze libovolně měnit. (Kutnohorská, 2009, s. 40) Informace o respondentech byly doplněny pomocí *analýzy dokumentů*. Tyto dokumenty nelze měnit, je pracováno s daty, které již byly vytvořeny. Informace získané z porodpisů a chorobopisů vybraných respondentek byly shrnuty do tabulek. (Kutnohorská, 2009, s. 42 – 43)

Kvantitativní metoda statisticky popisuje druh závislosti mezi proměnnými a měří její intenzitu. V práci využívá velký soubor respondentů. Pro analýzu dat jsou užívány statistické postupy. (Kutnohorská, 2009, s. 21 – 22)

Statistická procedura umožňuje zkoumání hromadných jevů pomocí statistických metod. Výsledky lze interpretovat v absolutních nebo relativních četnostech nebo skrze grafy, stanovení závislosti mezi jevy atd. (Kutnohorská, 2009, s. 31 – 32)

4.3 Charakteristika souboru

Skupinou respondentek bylo 15 žen s jednočetnou graviditou v termínu porodu, jejichž plod zaujímal v děloze polohu koncem pánevním. Výběr byl záměrný, činí ho 5 žen po vaginálním porodu KP v poloze na zádech, 5 žen po vaginálním porodu KP v poloze „na čtyřech“ a 5 žen po císařském řezu. Výzkumné šetření bylo doplněno také o rozhovory s 5 gynekology – porodníky pro zjištění jejich názoru na vedení porodu koncem pánevním.

5 SMÍŠENÉ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER VIAS NATURALES V POLOZE NA ZÁDECH

5.1.1 Rozhovor s rodičkou A

Věk	32 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita:</i> II.	<i>Parita:</i> II.
	2012 indukovaný porod záhlavím	
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening:</i> negativní	
	anémie v průběhu gravidity – terapie Aktiferin	
	grav. hbd 39 hospitalizována pro vomitus	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 7:30 přijata na PS k indukci porodu pro pokročilý TP. Grav. hbd 41.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	KP naléhá na vchod, hrdlo skoro spotřebováno, branka 5 cm, klene se VB, KD neudává, KTG-F	
<i>Porod</i>	11:17 zánik branky, 11:35 porod KP dle Co-vjanova bez komplikací.	
<i>Délka II. DP</i>	0 h 10 min	
Poranění rodičky	sine	
Apgar scóre	Porodní váha	10/ 10/ 10 3170 g
Porodní traumatismus novorozence	malý hematoma na levé hýždi, ojediněle petechie	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní A probíhal čtvrt roku po jejím porodu. V nižším stádiu těhotenství nebyla informací, že je její dítě v děloze uloženo koncem pánevním překvapena. Ke konci těhotenství byla nervózní, ale doufala, že se dítě samovolně přetočí do polohy hlavičkou. Privatním gynekologem jí byl nabídnut císařský řez, ona se však rozhodla родit vaginálně, v čemž jí podpořila doktorka v rizikové ambulanci porodnice, kde se rozhodla родit. Zpočátku si vyhledávala informace na internetu, po konzultaci s doktorkou však vyhledávání zanechala. Byla ovlivněna strachem z bolesti a dlouhé rekonvalescence po císařském řezu, a taky tím, že již jednou rodila. Během porodu byla porodní asistentkou polohována.

Poloha na čtyřech jí však nevyhovovala, a proto rodila v poloze na zádech, kterou jí doporučila lékařka. Během porodu nedošlo k porodnímu poranění. Novorozenec měl po porodu hematom a petechie na levé hýždi. Paní A je se svým rozhodnutím spokojena, ale kdyby byl váhový odhad dítěte velký, tak by upustila od svého rozhodnutí родit vaginálně.

5.1.2 Rozhovor s rodičkou B

Věk	31 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita: I.</i>	<i>Parita: I.</i>
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening: negativní</i>	
	anémie v průběhu gravidity – terapie Aktiferin	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 5:15 přijata na PS pro KD á 15min od 2:00. Grav. hbd 40.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	KP naléhá, poddajná branka 5-6 cm, při vyš. odtok PV- čirá, KTG-F	
<i>Porod</i>	zánik branky 8:45, obrácená rotace plodu, Veit-Smellieho hmat na hlavičku, 9:45 porod hypotonického novorozence	
<i>Délka II. DP</i>	1 h 0 min	
Poranění rodičky	epi. mdl. dx, rpt. vag. II. st.	
Apgar scóre	Porodní váha	7/ 8/ 10 3490 g
Porodní traumatismus novorozence	edematózní skrotum	

Analýza rozhovoru

Rozhor s paní B proběhl 7 měsíců po jejím porodu. Postoj této ženy k porodu koncem pánevním byl od počátku kladný. Císařský řez jí nebyl nabídnut, ale nebyly jí ani sděleny informace o kladech a záporech vaginálního porodu. Informace na internetu vyhledávala jen jednou a nejvíce byla ovlivněna porodní asistentkou, kterou navštěvovala v předporodním kurzu a tím, že si přála navázat ihned po porodu vazbu se svým dítětem. Od sestry věděla o možnosti родit na čtyřech, tuto polohu vyzkoušela, během porodu však došlo ke komplikaci a porod proběhl na zádech. Při porodu byl proveden nástřih a došlo k ruptuře vagíny. Novorozenec byl po porodu hypotonický a měl edematózní skrotum. Paní B je se svým porodem spokojena, nyní by se rozhodla stejně, měla by však strach z možného vzniku komplikací.

5.1.3 Rozhovor s rodičkou C

Věk	34	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita:</i> II.	<i>Parita:</i> I.
	2012 missed AB – RCUI	
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening:</i> cysty choroidálního plexu	
	vazivový pruh v děložním fundu – uterus subseptus	
	v počátcích grav. krvácení - Ascorutin, Dicynone	
	pozitivní GBS	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	Ve 2:15 přichází k příjmu na PS pro spont. odtok PV. Grav. hbd 39.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hrdlo spotřebováno, branka 2cm, KD neudává, KTG-F	
<i>Porod</i>	9:00 zánik branky, decelerace v II. době porodní, 10:36 hod porod dle Covjanova.	
<i>Délka II. DP</i>	0 h 36 min	
Poranění rodičky	epi. mdl. dx.	
Apgar scóre	Porodní váha	5/ 8/ 9 2840 g
Porodní traumatismus novorozence	hematom na zadečku a labiích, petechie v tříselech	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní C probíhal 13 měsíců po jejím porodu. Po zjištění uložení jejího dítěte v děloze měla obavy, docházela však na předporodní kurz, kde získala sebevědomí k tomu, přivést své dítě na svět přirozeně. Doktorkou jí nebyl nabídnut císařský řez, nechávala volbu na ní, ale více byla nakloněna vaginálnímu porodu. Po informacích pátrala na internetu, ale nepřišly jí věrohodné, proto kladla důraz na informace získané na předporodním kurzu. Porod paní C proběhl v poloze na zádech, s čímž byla spokojena. Při porodu jí byl proveden nástřih, který se promítá do jejího nynějšího sexuálního života. Novorozenec měl po porodu petechie na zadečku a labiích. Paní C byla s průběhem svého porodu spokojena a svého rozhodnutí nelituje.

5.1.4 Rozhovor s rodičkou D

Věk	36 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita:</i> III.	<i>Parita:</i> III.
	1999 spont. por. záhl.	
	2003 spont. por. záhl.	
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening:</i> negativní	
	opakované mykózy	
	od 35. týdne grav. Magnosolv z důvodu PPI	
	v závěru grav. zjištěny ureaplasmata – přeléčeno Azitroxem	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 6:21 přijata pro KD á 5 min. Grav. hbd 40+1.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hýždě naléhají, branka 7 cm, při vyšetření odtéká čirá PV, KTG-F	
<i>Porod</i>	8:20 zašla branka, 8:55 spont. porod KP.	
<i>Délka II. DP</i>	0 h 35 min	
Poranění rodičky	rpt. per. I. st	
Apgar scóre	Porodní váha	8/ 10/ 10 3590 g
Porodní traumatismus novorozence	hematom na hýždích	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní D proběhl 3 dny po jejím porodu. Po zjištění polohy jejího dítěte měla strach. Od počátku chtěla podstoupit císařský řez, lékařka rizikové ambulance jí však doporučila vaginální porod. Informace získala prostřednictvím internetu, kde se dočetla pouze negativní informace. Po konzultaci se svým gynekologem byla trochu klidnější, ale porodu se stále bála. Paní D měla po celou dobu strach a vaginálně rodit nechtěla. Po příjezdu do porodnice byl porod rozběhlý, a proto rodila vaginálně v poloze na zádech. Porod byl pro ni sice rychlý, zato bolestivý a s obavami o zdraví dítěte. Kdyby se měla paní D rozhodnout znovu, tak by vaginálně rodit nechtěla. Nástřih nebyl proveden, došlo však k ruptuře hráze. Novorozenec měl po porodu hematom na hýždích.

5.1.5 Rozhovor s rodičkou E

Věk	29 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita: I.</i>	<i>Parita: I.</i>
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening: negativní</i>	
	v září 2014 zakrvácení – Ascorutin, Duphaston – nyní v poř	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 8:38 přijata pro odtok PV v 7:00. Grav. hbd 38. Poučena, zatím BP, má plán. SC 24. 3., prozatím spont. průběh, po BP pře-vyšetřím.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hýždě naléhají na vchod, branka 5 cm, teče čirá PV, KD neprav. KTG-F	
<i>Porod</i>	12:25 zašlá branka, 13:44 porod koncem pánevním.	
<i>Délka II. DP</i>	1 h 19 min	
Poranění rodičky	epi mdl. dx.	
Apgar scóre	5/ 9/ 10	2710 g
Porodní traumatismus novorozence	hematom na pravé hýždi	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní E proběhl 4 dny po jejím porodu. O tom, že je její dítě v děloze uloženo koncem pánevním věděla již v nízkém stádiu těhotenství, proto ji sdělení, že se dítě stále neotočilo, nijak nezaskočilo. Stále doufala v její samovolné přetočení. Privátní gynekoložkou jí nebyl nabídnut císařský řez a v 38. týdnu těhotenství byla odeslána do ambulance rizikového těhotenství. Paní E byla všeobecně informována o průběhu porodu, dostala možnost родit spontánně nebo císařským řezem, pro který se později rozhodla. Informace jí sdělila privátní gynekoložka, dále vyhledávala na internetu, kde našla především negativní informace. Paní E si představovala přirozený porod, jehož součástí je také bonding a dřívější nástup laktace, měla strach z narkózy. Byla ovlivněna tlakem okolí, aby raději podstoupila císařský řez. Porodila spontánně 3 dny před plánovanou operací. Během první i v začátku druhé doby porodní byla v poloze na čtyřech, kvůli vyčerpanosti se však chtěla otočit do polohy na zádech, ve které také porodila. Paní E byl proveden nástřih, se kterým nemá momentálně potíže. Novorozenec měl po porodu hematom na pravé hýždi. Paní E byla spokojena, že porod proběhl spontánně. Kdyby v dalším těhotenství nastala stejná situace, byla by od začátku pro spontánní porod.

5.2 ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER VIAS NATURALES V POLOZE NA ČTYŘECH

5.2.1 Rozhovor s rodičkou F

Věk	30 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita: II.</i>	<i>Parita: II.</i>
	2012 spont. por. záhl.	
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening: negativní</i>	
	anémie v průběhu gravidity – terapie Tardyferon	
	v začátcích grav. hemoragické cysty – nyní v poř.	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 7:34 přichází k indukci porodu pro přenášení – chtěla vyčkat spont. nástupu porodu. Grav. hbd 41+2.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hýždě naléhají, branka 4-5 cm, hmatný plochý VB, oligohydramnion, KTG-F, zaveden 1 mg i. c.	
<i>Porod</i>	11:55 zašlá branka, 12:05 spont. por. KP a la vache.	
<i>Délka II. DP</i>	0 h 7 min	
Poranění rodičky	rpt. labií minor sin	
Apgar scóre	Váha novorozence	10/ 10/ 10
		3980 g
Porodní traumatismus novorozence	sine	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní F proběhl 2 měsíce po jejím porodu. Po zjištění zaujaté polohy u jejího dítěte tuto informaci brala s klidem a chtěla své dítě porodit přirozeně. Gynekologem jí nebyl nabídnut císařský řez, naopak ji podporoval v jejím rozhodnutí родit vaginálně. Paní F vyhledávala informace na internetu, kde našla pozitivní i negativní reakce, týkající se tohoto porodu, vyčetla také, že porod v poloze na zádech není ideální. Známými a rodinou byla od tohoto porodu spíše zrazována. Z důvodu přenášení byl porod paní F vyvolán. Ošetřující gynekoložkou v rizikové ambulanci, která byla také u jejího porodu, jí byla doporučena poloha na čtyřech. Tato poloha jí během porodu vyhovovala a s porodem je spokojena. Nebyl proveden nástřih, ale došlo k ruptuře levého lábua. U novorozence nedošlo

k porodnímu traumatismu. Paní F je ráda, že porodila vaginálně, kdyby však věděla, že bude mít dítě 4kg tak by se možná rozmyslela a podstoupila císařský řez.

5.2.2 Rozhovor s rodičkou G

Věk	30 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita: II.</i>	<i>Parita: II.</i>
	2012 spont. por. záhl.	
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening: negativní</i>	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 22:55 přijata pro KD á 5 min od 21:00. Grav. hbd 40+1.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hýždě volně naléhají, zbytek hrdla, branka 3 cm, PV zachovalá, KTG-F	
<i>Porod</i>	8:30 hmatný kotník plodu - SC?, 8:50 spont. odtok PV - čirá, 9:35 nožka porozena před introitem, na jednu kontrakci porozena druhá nožka, hýždě a trup k úponu pupečníku-tepe, při další KD porozen hrudník a ručky bez komplikací a poté hlavička, 9:37 spont. por. KP a la vache.	
<i>Délka II. DP</i>	0 h 2 min	
Poranění rodičky	rpt. labií a vag. parva	
Apgar scóre	Porodní váha	10/ 10/ 10 3190 g
Porodní traumatismus novorozence	hematom na hýždích	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní G proběhl 5 měsíců po jejím porodu. Zjištění, že je plod otočen koncem pánevním, nekladla důraz. V rizikové ambulanci porodnice byla zaskočena přístupem lékařky, která jí při kontrolách neposkytla informace, a proto po doporučení porodní asistentky přešla k jiné doktorce. Informace si vyhledávala na internetu, kde našla především negativní ohlasy. Nejvíce ovlivněna byla lékařkou (doporučení od PA), která jí vysvětlila průběh porodu koncem pánevním se všemi riziky a také kamarádkami, které takto rodily. Porod paní G proběhl v poloze na čtyřech. S touto polohou byla spokojená, protože se v ní uvolnila a dobře vnímala nutkání svého těla tlačit. Při porodu došlo u ženy k ruptuře labií a vagíny, novorozenec měl hematom na hýždích. Pro tento porod by se nyní rozhodla znovu.

5.2.3 Rozhovor s rodičkou H

Věk	28 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita: I.</i>	<i>Parita: I.</i>
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening: negativní</i>	
	anémie v průběhu gravidity – terapie Sorbifer	
	Acidum follicum	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 17:29 přijata pro spont, odtok PV v 17:00, KD á 5 min. Grav. hbd 39+5.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hrdlo měkké na půl falangu pro prst, KTG-F	
<i>Porod</i>	0:30 zašlá branka, porod a la vache, na porod hlavičky pacientka přetočena na záda – užití hmatu Mauriceau Smellieho, 1:14 porod hypotonického novorozence.	
<i>Délka II. DP</i>	0 h 44 min	
Poranění rodičky	rpt. vag. Parva	
Apgar scóre	Porodní váha	1/ 6/ 9 pH 7,2 3120 g
Porodní traumatismus novorozence	hematom na hýždích a labiích	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní H proběhl půl roku po jejím porodu. Po zjištění zaujaté polohy jejím dítětem byla překvapená, myslela si však, že se dítě ještě přetočí do polohy hlavičkou. Gynekoložkou byla informována o možnostech řešení této situace (císařský řez, vaginální porod, obrat plodu). Obratu plodu a císařského řezu se bála, a proto se rozhodla pro vaginální porod. V rozhodnutí ji podpořily lékařky v ambulanci porodnice, které jí vysvětlily také možné komplikace tohoto porodu. Informace na internetu nevyhledávala, okolí jí přesvědčovalo o císařském řezu. Pro porod jí byla doporučena poloha na čtyřech, která jí také vyhovovala. Na porození hlavičky byla přetočena do polohy na zádech. Novorozenec měl po porodu hematom na hýždích. U ženy nebyl proveden nástřih, ale došlo k ruptuře vagíny s následným vznikem cysty. Svého rozhodnutí nelituje a opět by zvolila spontánní porod.

5.2.4 Rozhovor s rodičkou CH

Věk	30 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita: I.</i>	<i>Parita: I.</i>
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening: negativní</i>	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 14:46 přijata pro KD á 7 min od 11:00. Grav. hbd 40+1.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	branka lem, odtok PV při vyšetření- čirá, KTG-F	
<i>Porod</i>	16:28 udává tlaky na konečník, 17:02 spont. por. KP a la vache.	
<i>Délka II. DP</i>	0 h 34 min	
Poranění rodičky	rpt. labia dx, rpt. vag.	
Apgar scóre	Porodní váha	9/ 10/ 10 3352 g
Porodní traumatismus novorozence	hematom na hýždích, hematomy na ploskách nohou	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní CH proběhl 14 měsíců po jejím porodu. Při sdělení, že je její dítě v děloze uloženo koncem pánevním nebyla paní CH ani překvapena, ani zaskočena, ale myslela si, že se dítě přetočí. Její gynekolog jí směřoval ke spontánnímu porodu, císařský řez jí nenabídl, ale také ji neinformoval o možných rizicích porodu. Po informacích pátrala na internetu, kde ohlasy převážně směřovaly k císařskému řezu. Známa paní CH také přemlouvali k císařskému řezu, ona však chtěla prožít vaginální porod. Pro porod jí byla sloužícími lékařkami doporučena poloha na čtyřech, která jí velice vyhovovala. Během porodu nebyl proveden nástřih hráze, ale došlo k ruptuře labia a vagíny. Novorozenec měl po porodu hematom na hýždích a ploskách nohou. Paní CH by se ve stejné situaci znovu rozhodla pro vaginální porod.

5.2.5 Rozhovor s rodičkou I

Věk	34 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita:</i> V.	<i>Parita:</i> IV.
	2006 spont. por. záhl.	
	2008 spont. por. záhl.	
	2010 spont. por. záhl.	
	2012 missed grav.	
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening:</i> negativní	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 1:21 přijata pro spont. odtok PV- čirá v 23:30. KD á 3 min. Grav. hbd 40+1.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hýždě naléhají, branka lem, KTG-F	
<i>Porod</i>	2:38 tlaky na konečník, 2:50 zašlá branka, porod hlavičky s mírnou dopomocí, 2:56 porod a la vache- hypotonický novorozenec.	
<i>Délka II. DP</i>	0 h 6 min	
Poranění rodičky	sine	
Apgar scóre	Porodní váha	2/ 8/ 10 3870 g
Porodní traumatismus novorozence	torticollitis vpravo	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní I proběhl 14 měsíců po jejím porodu. Ve spontánní přetočení dítěte do polohy hlavičkou věřila až do termínu porodu, informací nebyla překvapena. Obvodním gynekologem jí byly vysvětleny klady a zápory vaginálního porodu, císařský řez jí nebyl nabídnut. Lékařka v ambulanci porodního sálu byla příkloněna spontánnímu porodu, s čímž paní I souhlasila, měla však obavy z velikosti dítěte. Informace na internetu byly převážně negativní a přikláněly se k císařskému řezu. Známa porodní asistentka paní I, jí vaginální porod koncem pánevním vymlouvala, kamarádky, které takto rodily, jí porod zase doporučovaly. Porod proběhl v poloze na čtyřech. Tato poloha paní I nevyhovovala, protože nedokázala účinně využít svalů břišního lisu, které byly ochablé po předchozích porodech. Během porodu nedošlo k poranění ženy. Novorozenci diagnostikovali po poro-

du pravostranné *torticollis*. Paní I byla poučena o cvicích a do půl roku po porodu cvičila se svým dítětem Vojtovu metodu. Po porodu měla smíšené pocity, ale kdyby došlo ke stejné situaci, znovu by zvolila vaginální porod.

5.3 ŽENY PO PORODU PER SECTIONEM CAESAREAM

5.3.1 Rozhovor s rodičkou J

Věk	37 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita:</i> IV.	<i>Parita:</i> I.
	3x missed grav. - RCUI	
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening:</i> negativní	
	stp. IVF/ ET	
	grav. hebđ hospitalizována pro suspektní APPE	
	častý fluor, svědění v pochvě	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 7:45 přijata k plánovanému císařskému řezu. Grav. hbd 39+2.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hrdlo dlouhé, sakrálně, uzavřeno, PV- zachovalá, KD neudává, KTG-F	
<i>Porod</i>	8:14 porod per sectionem caesaream.	
Poranění rodičky	laparotomie	
Apgar scóre	10/ 10/ 10	3530 g
Porodní traumatismus novorozence	sine	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní J proběhl elektronickou formou půl roku po jejím porodu. Po sdělení gynekologa o poloze dítěte byla paní J v šoku, protože se po celé těhotenství připravovala na spontánní porod. Lékařem jí byl popsán porod koncem pánevním, se kterým neměl porodník moc zkušeností. Žena byla obeznámena také s klady a zápory vaginálního porodu. Vzhledem k věku a porodnické anamnéze byl ženě doporučen císařský řez i v případě, kdy by byl plod dolů otočen hlavičkou. Paní J byla ovlivněna pouze tím, aby donosila své dítě do termínu porodu a porodila zdravého novorozence. Informace na internetu nevyhledávala. Jizva po operaci je i v současné době bolestivá na dotek. Během operace nedošlo k porodnímu traumatismu novorozence. Paní J neměla při rozhodování příliš na výběr, za cenu zdravého dítěte by operaci podstoupila znovu.

5.3.2 Rozhovor s rodičkou K

Věk	31 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita: I.</i>	<i>Parita: I.</i>
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening: negativní</i>	
	Gravital, Duphaston	
	PPI – terapie MgL	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 8:30 přijata k plánovanému císařskému řezu. Grav. hbd 39+1.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hrdlo dlouhé, pro prst, PV- zachovalá, KD neudává, KTG-F	
<i>Porod</i>	9:03 porod per sectionem caesaream.	
Poranění rodičky	laparotomie	
Apgar scóre	Porodní váha	9/ 9/ 10 3330 g
Porodní traumatismus novorozence	sine	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní K probíhal elektronickou formou 7 měsíců po jejím porodu. Po zjištění zaujaté polohy jejího plodu tuto situaci nijak neřešila. Obvodním gynekologem byla informována o možnostech porodu při této poloze a odkázána do ambulance porodnice. Chyběly ji podrobnější informace, jako jsou výhody a nevýhody vaginálního porodu, a proto se rozhodla pro císařský řez. Informace vyhledávala také na internetu. Jizva po císařském řezu je nebolestivá. Během operace nedošlo k porodnímu traumatismu novorozence. Paní K byla od počátku rozhodnuta pro císařský řez z důvodu možného ohrožení dítěte a složitého vaginálního porodu. Se svým rozhodnutím je spokojena a císařský řez by v této situaci podstoupila znovu.

5.3.3 Rozhovor s rodičkou L

Věk	28 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita: I.</i>	<i>Parita: I.</i>
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening: negativní</i>	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 9:45 přijata k plánovanému císařskému řezu. Grav. hbd 38+2.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hrdlo spotřebováno, pro prst, PV- zachována, KD nepravidelné v podbřišku, oligohydramnion, placenta grade III, KTG-F	
<i>Porod</i>	10:05 porod per sectionem caesaream.	
Poranění rodičky	laparotomie	
Apgar scóre	Porodní váha	10/ 10/ 10
Porodní traumatismus novorozence	sine	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní L proběhl 4 dny po jejím porodu. Od počátku těhotenství si přála spontánní porod a při zjištění uložení plodu koncem pánevním tuto zprávu oplakala. Obvodní gynekolog paní L doporučil císařský řez a odkázal ji do ambulance porodnice. Informace na internetu nevyhledávala a ani od svých ošetřujících gynekologů nedostala informace o výhodách a nevýhodách spontánního porodu nebo císařského řezu. Ovlivněna byla svými rodiči, kteří jsou lékaři a konzultovali tuto situaci s porodníky z jiných porodnic v ČR. Ti se také přikláněli k císařskému řezu. S blížícím se termínem porodu bylo paní L diagnostikováno menší množství plodové vody a zhoršená funkce placenty. Při císařském řezu zvolila spinální anestezii, aby mohla být s novorozencem ihned po porodu v kontaktu. Pooperační rána stará 4 dny, nepůsobila toho času paní L nějaké obtíže. Během operace nedošlo k porodnímu traumatismu novorozence. Paní L chtěla sice své dítě přivést na svět přirozenou cestou, avšak za okolností, které ohrožovaly zdraví jejího dítěte, by se znovu rozhodla pro císařský řez.

5.3.4 Rozhovor s rodičkou M

Věk	30 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita: I.</i>	<i>Parita: I.</i>
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening: negativní</i>	
	anémie v průběhu gravidity – terapie Tardylferon	
	Magnosolv	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 7:50 přijata k plánovanému císařskému řezu. Grav. hbd 38+5.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hrdlo nezralé, PV- zachovalá, KD neudává, KTG-F	
<i>Porod</i>	8:45 porod per sectionem caesaream.	
Poranění rodičky	laparotomie	
Apgar scóre	10/ 10/ 10	3130 g
Porodní traumatismus novorozence	sine	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní M proběhl 4 měsíce po jejím porodu skrze elektronickou poštu. Při zjištění polohy jejího dítěte byla paní M překvapená. O rizicích vaginálního porodu nebo císařského řezu nebyla lékařkou informována. Téměř po všech informacích musela pátrat na internetu, načež se rozhodla pro císařský řez. Podstatnou roli v rozhodování paní M hrál strach z porodních bolestí. Místo v oblasti jizvy bylo zpočátku necitlivé a bolestivé při smíchu a zatnutí břicha, nyní až na viditelnost jizvy nepůsobí potíže. Během operace nedošlo k poranění plodu, paní M se však její dítě zdálo více plačtivé bez zjevných důvodů. Se svým rozhodnutím je spokojená, za stejné situace by se rozhodla obdobně.

5.3.5 Rozhovor s rodičkou N

Věk	30 let	
Porodnická anamnéza	<i>Gravidita:</i> III.	<i>Parita:</i> II.
	2010 spont. por. Záhlavím	
	2012 missed grav.	
Nynější těhotenství	<i>prenatální screening:</i> negativní	
	anémie v průběhu gravidity – terapie Tardyferon	
Průběh porodu		
<i>Příjem</i>	V 8:45 přijata k plánovanému císařskému řezu. Grav. hbd 39+2.	
<i>Vstupní vyšetření</i>	hrdlo zkráceno, volně pro 2 prsty, PV- zachovalá, KD neudává, KTG-F	
<i>Porod</i>	9:09 porod per sectionem caesaream.	
Poranění rodičky	laparotomie	
Apgar scóre	Porodní váha	10/ 10/ 10 3390 g
Porodní traumatismus novorozence	sine	

Analýza rozhovoru

Rozhovor s paní N proběhl půl roku po jejím porodu. Po sdělení uložení jejího dítěte v děloze nebyla vzhledem k nízkému týdnu těhotenství překvapena. Obvodní gynekolog nechal rozhodnutí o vedení porodu na gynekoložce z ambulance v porodnici. Zde byla lékařka pro vaginální porod, paní N ale už byla rozhodnutá pro císařský řez. V rozhodnutí ji nejvíce ovlivnily kamarádky, které měly s porodem koncem pánevním vlastní negativní zkušenosti. Ovlivňujícím faktorem byl také předchozí porod paní N, který byl sice vaginální cestou, ale veden medikamentózně. Kůže okolo jizvy je i v současné době necitlivá. Novorozenec měl dle sdělení jeho matky po operaci malou ranku nad hýždí, ve zdravotnické dokumentaci však tato informace nebyla uvedena. Paní N je se svým rozhodnutím spokojena a ve stejné situaci by císařský řez podstoupila znovu.

5.4 GYNEKOLOGOVÉ – PORODNÍCI

5.4.1 Rozhovor s MUDr. U

MUDr. U má 45 let praxe v oboru gynekologie a porodnictví. Od nástupu do praxe po současnost pracuje na stejném pracovišti, přičemž 18 let držel primariát gynekologicko – porodnického oddělení nemocnice. Dva roky strávil jako lékař v zahraničí. Zabývá se především vaginální gynekologickou chirurgií, technikami císařského řezu a má také bohaté zkušenosti s porodnickými vaginálními operacemi.

Analýza rozhovoru

Gynekolog – porodník U informuje ženy o všeobecných výhodách a nevýhodách císařského řezu a vaginálního porodu. Podrobnější informace o možných komplikacích by dle jeho slov měly negativní vliv na rozhodnutí ženy podstoupit vaginální porod. Při otázce spontánního porodu versus císařského řezu zdůrazňuje vzrůstající počet operativních porodů, souvisejících se strachem rodiček porodit přirozenou cestou a strachem porodníků z možných komplikací a následných žalob. V případě prvorodiček preferuje spíše císařský řez, přijde-li však žena rodící poprvé s příznivým porodnickým nálezem, hmotnostním odhadem dítěte v normě a její rozhodnutí je rodit spontánně, je pro vaginální porod. U vícerodiček je spontánnímu porodu nakloněn více, rozhodnutí ovšem nechává na ženě. Je-li porod bezproblémový, nevdí lékař U během druhé doby porodní alternativní polohy rodičky, téměř ve všech případech je však pro nástřih hráze.

5.4.2 Rozhovor s MUDr. V

Gynekolog – porodník V pracuje v oboru 14 let. Po absolvování vysoké školy začal pracovat na gynekologicko – porodnickém oddělení a onkogynekologickém centru, kde působí dodnes.

Analýza rozhovoru

MUDr. V mluví od počátku rozhovoru o porodu koncem pánevním jako o porodu rizikovém. Předpokládá, že v dnešní době mají ženy nastudováno mnoho informací z internetu a vyžadují provedení císařského řezu. Dle jeho názoru by stanovil hranici, např. v 36. týdnu gravidity, kdy se žena rozhodne, zda chce nebo nechce rodit spontánně. Dalšími faktory

pro úspěšný vaginální porod jsou podle něj hmotnostní odhad dítěte, anamnéza rodičky, nepřenášené těhotenství a připravenost porodních cest. V případě prvorodičky je spíše pro císařský řez a u vícerodičky pro spontánní porod. Záleží také na okolnostech, které byly zmíněny již výše a na tom, zda rodička do porodnice dojde pouze s odtokem plodové vody nebo s příznivým porodním nálezem. Nejdůležitějším faktorem při spontánním porodu je podle něj to, zda rodička takto opravdu porodit chce. Během rozhovoru poukazuje také na soudní stíhání lékařů v případě komplikací a hlavně na jejich nedostatečnou erudovanost při vedení těchto porodů vzhledem k stále klesajícímu počtu vaginálních porodů koncem pánevním. Alternativní polohu by během druhé doby porodní rodiče umožnil jedině při fyziologickém průběhu, ale kvůli vzniku možných komplikací a potřeby užití různých manévru je spíše pro klasickou polohu na zádech.

5.4.3 Rozhovor s MUDr. X

MUDr. X má 8, 5 roku praxe ve svém oboru. V počátcích své kariéry pracovala na gynekologickém oddělení. Po mateřské dovolené získávala praxi na klinice reprodukční medicíny, od roku 2012 až doposud působí na gynekologicko – porodnickém oddělení.

Analýza rozhovoru

Chce-li žena v případě příznivého hmotnostního odhadu plodu porodit své dítě přirozeně, informuje lékařka X o možnostech porodu. Dává ženám na výběr rodit v klasické poloze na zádech nebo nově v poloze „na čtyřech“, tzv. *a la vache*. Zmiňuje informovanost rodiček od porodních asistentek z předporodních kurzů o porodu v této poloze. Zdůrazňuje nutnost psychické i fyzické připravenosti ženy na porod koncem pánevním. MUDr. X informuje ženy o průběhu porodu na čtyřech, a také o konkrétních komplikacích spojených s porodem koncem pánevním. V případě vzniku jakékoliv komplikace zdůrazňuje možnost okamžitého přetočení do polohy na zádech nebo vykonání císařského řezu. Jsou-li splněny všechny předpoklady pro úspěšný vaginální porod a žena takto rodit chce, je lékařka X pro spontánní porod. V případě porodu *a la vache* je důležitým faktorem také přítomný zdravotnický personál, který je porodu v této poloze nakloněn. Z celé konverzace s MUDr. X vyplynulo, že je nakloněna alternativním polohám během porodu koncem pánevním, líbí se jí také, že v poloze *a la vache* není nutností provádět episiotomii. Lékařka X vidí velkou výhodu tohoto porodu v tom, že kostrč, která je při poloze na zádech stlačena, nezužuje prostor hlavičky a ta snadno vyjde z porodních cest.

5.4.4 Rozhovor s MUDr. Y

MUDr. Y má 28 let praxe v oboru. Po absolvování vysoké školy nastoupila na pracoviště, na kterém působí dodnes.

Analýza rozhovoru

Doktorka Y nepovažuje polohu koncem pánevním jako primární indikaci k císařskému řezu. Tvrdí, že záleží na váhovém odhadu vzhledem k paritě rodičky. Po příznivém ultrazvukovém odhadu váhy plodu a svém posouzení doporučuje rodičkám spontánní porod. MUDr. Y poukazuje také na vyhledávání informací na internetu a s tím spojené obavy žen ze spontánního porodu koncem pánevním. Dle jejich slov je tento strach neopodstatněný, protože porody koncem pánevním začínají většinou před termínem porodu, přičemž váha novorozence je také nízká. Ženy edukuje o průběhu porodu a možných komplikacích, jako je nevstupování hýždí do pánve, alterace ozev plodu a pupečnickové potíže. Zdůrazňuje, že v případě výskytu komplikací je tato situace řešena císařským řezem. Nejeví-li se nepoměr mezi pánví matky a velikostí plodu, je lékařka Y spíše pro vaginální porod. Záleží také na tom, jestli žena spontánně rodit chce. Rozhodující okolností je podle ní také to, že prvorodičky mají strach už jen z porodních bolestí a proto přednostně volí císařský řez. U spontánního porodu koncem pánevním je během druhé doby porodní pro alternativní polohy. Ženy dostávají na výběr, jestli chtějí rodit v poloze na zádech nebo *a la vache*. Lékařka Y nezastává názor, že je během porodu koncem pánevním nutnost provedení episiotomie.

5.4.5 Rozhovor s MUDr. Z

MUDr. Z má 30 let praxe v oboru. Od počátku své kariéry pracuje na gynekologicko - porodnickém oddělení, kde působí dodnes.

Analýza rozhovoru

Lékařka Z informuje ženy o rizicích jak vaginálního porodu, tak císařského řezu. Prvorodičkám dává na výběr mezi spontánním porodem a císařským řezem. Dle jejich slov musí být pro úspěšnost vaginálního porodu splněny určité podmínky, jako je váhový odhad plodu v normě, tělesná konstituce rodičky a nezatížená anamnéza. Ženy informuje o možném komplikovaném sestupování plodu, nepostupujícím porodu, alteraci ozev plodu a o možnosti vykonání akutního císařského řezu. O komplikaci, jako je uvíznutí hlavičky

v porodních cestách rodičky neinformuje, protože se s tímto za svou praxi nesešla, a dle jejích slov vzniká špatným vedením porodu porodníkem. Podotýká také, že při spontánním porodu hlavičkou může také dojít ke vzniku komplikací, jako je dystokie ramének a ženy o tom nejsou podrobně informovány. MUDr. Z je v případě příznivých podmínek spíše pro spontánní porod. Záleží také na tom, s čím žena přichází do porodnice, přijde-li s příznivým nálezem, je to podle doktorky Z ideální. Ve spojitosti s císařským řezem mluví o jizvě na děloze a možných komplikacích v další graviditě. Zmiňuje také doporučení císařského řezu od privátních gynekologů, kteří nemají s vedením porodu koncem pánevním zkušenosti. Lékařka Z není zastáncem alternativních poloh během druhé doby porodní z důvodu vzniku možných komplikací. Zdůrazňuje, že je nutnost jednat rychle, v čemž může přesun z alternativní polohy do polohy na zádech zdržet porodníka ve vykonání potřebných manévru. V případě vícero-dičky a hladkého porodu by na porod v alternativní poloze přistoupila. Během porodu koncem pánevním je MUDr. Z pro nástřih hráze.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

6.1 Informovanost rodiček

Tabulka 3: Informovanost rodiček

Rodička	Reakce při zjištění	Doporučení SC od privátního gynekologa	Zjišťování informací	Ovlivnění rozhodnutí	Porodní zážitek, spokojenost s rozhodnutím
A	nervozita	ano	internet; gynekoložka	strach z bolesti po SC; předchozí porod; gynekoložka	pozitivní
B	neutrální	ne	internet; PA v předporodním kurzu	prožití bondingu; PA; sestra rodičky	pozitivní
C	obavy	ne	internet; PA v předporodním kurzu; žena	PA	pozitivní
D	strach	ne	internet; gynekolog	gynekolog, ale i přesto nechtěla родit KP vaginálně	negativní
E	neutrální	ne	Internet; gynekoložka; známí	strach; porod v běhu	pozitivní
F	neutrální	ne	internet; známí	předchozí porod; prožití přirozeného porodu; strach z dlouhé rekonvalescence po SC	pozitivní
G	neutrální	ne	internet; gynekoložka	gynekoložka; předchozí porod; strach z dlouhé rekonvalescence po SC	pozitivní
H	překvapení	ne	gynekoložky; známí	gynekoložka; strach z SC	pozitivní

Rodička	Reakce při zjištění	Doporučení SC od privátního gynekologa	Zjišťování informací	Ovlivnění rozhodnutí	Porodní zážitek, spokojenost s rozhodnutím
CH	neutrální	ne	internet; známí	prožití přirozeného porodu	pozitivní
I	neutrální	ne	internet; gynekolog; PA; známí	předchozí porody; gynekolog	pozitivní
J	šok	ano	gynekolog	strach o zdraví dítěte; vyšší věk a porodnická anamnéza rodičky	pozitivní
K	neutrální	ne	internet	nedostatek informací o kladech a záporech vag. porodu; strach o dítě	pozitivní
L	pláč	ano	rodiče; konzultace s gynekology z jiných porodnic	rodiče; gynekoložka, strach o zdraví dítěte	pozitivní
M	překvapení	ne	internet	strach z přirozeného porodu; rodina	pozitivní
N	neutrální	ne	internet; kamarádky	kamarádky; předchozí porod	pozitivní

(Zdroj: vlastní)

Komentář: Reakce respondentek při zjištění zaujaté polohy jejich plodu v děloze byla v 8 případech neutrální, s tím, že doufaly, že se plod do termínu porodu přetočí. Pět respondentek mělo po sdělení této informace negativní pocity, jako jsou strach, nervozita a obavy. Dvě respondentky byly touto zprávou překvapeny.

Císařský řez byl privátním gynekologem doporučen v případě tří respondentek, v ostatních případech nechali rozhodnutí na lékařích v ambulanci porodnice.

Informace o možnostech porodu při poloze koncem pánevním zjišťovalo dvanáct respondentek především na internetu, kde se setkaly převážně s negativními informacemi. Další informace měly od porodních asistentek v předporodních kurzech, od gynekologů, kama-

rádek a známých. Tři z respondentek získávaly informace pouze od svých gynekologů nebo známých a na internetu informace vůbec nevyhledávaly.

Respondentky A – I (ženy po spontánním porodu) byly při rozhodování ovlivněny více faktory. Na čtyři z respondentek měla mimo jiné vliv konzultace s gynekology. Dvě respondentky se pro vaginální porod rozhodly po konzultaci s PA, v předporodních kurzech. Touha prožít porod přirozenou cestou ovlivnila v rozhodnutí dvě respondentky. Jedna respondentka chtěla od počátku císařský řez, což jí nebylo lékařkou umožněno a porodila vaginálně. Další z respondentek byl naplánován císařský řez, ale porod začal dříve a porodila spontánně. V případě respondentek J – N, jimiž jsou ženy po primárním císařském řezu, byl převažujícím faktorem strach o zdraví dítěte a strach z vaginálního porodu.

Čtrnáct z patnácti respondentek má pozitivní zkušenost se svým porodem a vybralo by si stejnou možnost znovu v případě, že by nastala stejná situace. Respondentka D si odnesla negativní zkušenost, z důvodu, že rodit vaginálně nechtěla a měla strach o své dítě.

6.2 Srovnání rozsahu porodního poranění

Tabulka 4: Srovnání rozsahu porodního poranění

Rodička	Parita	Poloha	Poranění ženy	Váha dítěte
A	II.	na zádech	sine	3170 g
B	I.	na zádech	epi. mdl. dx, rpt. vag. II. st.	3490 g
C	I.	na zádech	epi. mdl.	2840 g
D	III.	na zádech	rpt. per. I. st.	3590 g
E	I.	na zádech	epi mdl.	2710 g
F	II.	na čtyřech	rpt. labií minor sin	3980 g
G	II.	na čtyřech	rpt. labií a vag. parva	3190 g
H	I.	na čtyřech, na porod hlav- vičky přeto- čena na záda	rpt. vag. parva	3120 g
CH	I.	na čtyřech	rpt. labia dx, rpt. vag.	3352 g
I	IV.	na čtyřech	sine	3870 g

(Zdroj: vlastní)

Komentář: Respondentky v tab. 4 zvolily spontánní vaginální porod. U pěti respondentek, se jednalo o jejich první porod, tři z respondentek rodily podruhé a dvě z žen byly vícero-dičky, přičemž jejich první porod byl spontánní záhlavím.

Pět respondentek bylo během druhé doby porodní v poloze na zádech a pět v poloze na čtyřech. Během porodu v poloze na zádech byly provedeny tři episiotomie, u jedné re-spondentky došlo k ruptuře hráze 1. stupně, při níž nejsou poškozeny svaly hráze, poslední

respondentka porodila bez poranění. V poloze na čtyřech nebyl ani jedné z respondentek během druhé doby porodní proveden nástřih hráze. Jedna porodila bez porodního poranění, u zbylých čtyř došlo k ruptuře lábií nebo pochvy.

6.3 Srovnání délky II. doby porodní

Tabulka 5: Srovnání délky II. doby porodní v souvislosti s porodní polohou

Rodička	Porodní poloha	Délka II. DP
A	na zádech	10 min
B	na zádech	1 hod
C	na zádech	36 min
D	na zádech	35 min
E	na zádech	1h 19 min
F	na čtyřech	7 min
G	na čtyřech	2 min
H	na čtyřech	44 min
CH	na čtyřech	34 min
I	na čtyřech	6 min

(Zdroj: vlastní)

Komentář: Délka druhé doby porodní byla srovnávána na základě zvolené porodní polohy vybraných respondentek. Pět z vybraných respondentek bylo při vypuzovací fázi porodu v poloze na zádech, přičemž průměrná délka trvání byla 44 minut. U respondentek, které zvolily během druhé doby porodní polohu vertikální – na čtyřech byla průměrná délka 19 minut.

6.4 Porodní traumatismus novorozence

Tabulka 6: Porodní traumatismus novorozence

Rodička	Porodní traumatismus novorozence
A	hematom na levé hýždi, petechie
B	edematózní skrotum
C	hematom na hýždích a lábiích, petechie v tříslech
D	hematom na hýždích
E	hematom na pravé hýždi
F	sine
G	hematom na hýždi
H	hematom na hýždích a labiích
CH	hematom na hýždích, hematomy na ploskách nohou
I	torticollitis vpravo
J	sine
K	sine
L	sine
M	sine
N	řezná ranka skalpelem

(Zdroj: vlastní)

Komentář: Sedm z novorozených dětí mělo po spontánním porodu hematom na jedné nebo obou hýždích. Dva z těchto sedmi novorozenců měli kromě hematomu na hýždích hematom také na lábiích, jeden na ploskách nohou a dva měli mimo hematomu na zadečku také petechie v tříslech. U jednoho z plodu došlo během vaginálního porodu k edému skrotu. Jedno z novorozených dětí neutrpělo během spontánního porodu poranění a u jednoho došlo ke vzniku torticollis na pravé straně.

U čtyř z pěti novorozenců po porodu císařským řezem nedošlo k porodnímu traumatismu. Jedno z novorozených dětí mělo dle slov jeho matky drobnou ranku nad hýždí, ve zdravotnické dokumentaci nebyla tato informace zapsána.

6.5 Postoj gynekologů – porodníků k vedení vaginálního porodu KP

Tabulka 7: Postoj gynekologů – porodníků k vedení vaginálního porodu KP

Gynekolog - porodník	Informace	Spontánní porod nebo císařský řez	Alternativní polohy během II. DP	Episiotomie
U	všeobecné výhody/ nevýhody vag. porodu a SC	primipary spíše SC, jinak vaginální porod - rozhodnutí je na rodiče	při fyziologickém průběhu porodu není proti	ano
V	předpokládá informovanost žen skrze internet, známé	primipary spíše SC, jinak vaginální porod - rozhodnutí je na rodiče	při fyziologickém průběhu porodu ano, ale spíše pro klasickou polohu na zádech	spíše ano
X	možné polohy během II. DP; průběh porodu; komplikace porodu - vztyčení ruček, dystokie hlavičky	pokud chce žena родit spontánně a jsou pro to příznivé podmínky, tak vaginální porod	ano	není nutná
Y	průběh porodu; nevstupování hýždí do pánve; alterace ozev plodu a pupečnickové potíže; předpokládá informovanost žen skrze internet	za příznivých podmínek vaginální porod	ano	není nutná
Z	rizika vag. porodu X SC, komplikované sestupování plodu, nepostupující porod, alterace ozev plodu	vaginální porod, primipary mají na výběr mezi spont. porodem a SC	spíše ne	ano

(Zdroj: vlastní)

Komentář: Gynekolog – porodník U informuje ženy o všeobecných kladech a záporech vaginálního porodu i císařského řezu. U primipar je spíše pro provedení operace, jinak pro spontánní porod. Pokud jsou pro porod vhodné podmínky, nechává rozhodnutí přede-

vším na rodičce. Během bezproblémového průběhu porodu není proti alternativním polohám v druhé době porodní. Přiklání se k provedení nástřihu hráze.

Gynekolog – porodník V předpokládá, že jsou ženy informovány prostřednictvím internetu a známých. Pro vaginální porod je spíše u vícerodiček, v případě prvorodiček se více přiklání k císařskému řezu. Při fyziologickém průběhu porodu by ženám umožnil alternativní polohu během druhé doby porodní, ale spíše je pro klasickou polohu na zádech. Při vedení tohoto porodu, je téměř vždy pro episiotomii.

Gynekolog – porodník X informuje ženy o průběhu porodu koncem pánevním, alternativních polohách během druhé doby porodní a o možnosti vzniku komplikací při tomto porodu, jako je vztyčení ruček a dystokie hlavičky. Při vhodných podmínkách je pro spontánní porod. Během druhé doby porodní umožňuje ženám zaujmout alternativní polohu a zmiňuje, že není nutnost vykonávat episiotomii.

Gynekolog – porodník Y podává rodičkám informace o průběhu porodu koncem pánevním a možných komplikacích, jako je nevstupování hýždí do pánve, alterace ozev plodu a pupčnickové komplikace. Předpokládá, že jsou ženy o této tématice informovány z internetu. Pokud je možnost, přiklání se spíše k vaginálnímu porodu. Umožňuje rodičkám alternativní polohy během druhé doby porodní. Nástřih hráze není dle jejích slov nutný, stejně jako ho nevyžaduje při porodu záhlavím.

Gynekolog – porodník Z sděluje ženám výhody a nevýhody vaginálního porodu i císařského řezu, který může zapříčinit komplikace v další graviditě. Informuje také o komplikovaném sestupování plodu, nepostupujícím porodu a alteraci ozev plodu při vaginálním porodu. Za vhodných podmínek je spíše pro vaginální porod. Alternativním polohám během druhé doby porodní není moc nakloněna, ale vícerodičkám s fyziologickým průběhem porodu by je povolila. Preferuje provedení episiotomie.

Všichni z dotazovaných respondentů během rozhovoru zdůraznili nutnost psychické připravenosti a odbourání strachu rodičky pro úspěšný průběh spontánního vaginálního porodu koncem pánevním.

6.6 Srovnání počtu vaginálních porodů a císařských řezů v letech 2013 – 2014

Z porodních knih porodního sálu KNTB a. s. byl záměrně vyhledán a vypsán počet porodů KP při jednočetné graviditě v termínu porodu v letech 2013 – 2014. Zjištěné údaje byly zpracovány do přehledných tabulek.

Tabulka 8: Počet císařských řezů a spontánních porodů v letech 2013 – 2014

Rok	Porod per sectionem caesaream	Porod per vias naturales
2013	109	8
2014	78	17

(Porodní knihy KNTB, a. s.)

Komentář: Roku 2013 bylo provedeno 109 císařských řezů a odvedeno 8 spontánních porodů při poloze plodu koncem pánevním.

V roce 2014 se pomocí císařského řezu narodilo 78 novorozenců, jež byli v poloze koncem pánevním. Spontánně se narodilo 17 novorozenech dětí.

Z celkového počtu 2322 spontánních porodů za rok 2013 činilo 8 spontánních porodů KP 0,3 %. Císařských řezů bylo toho roku provedeno 651, z toho 109 primárních při KP činilo 17%.

V roce 2014 bylo odvedeno 2248 porodů a 17 spontánních porodů KP činilo 0,8 % z celkového počtu. Ve stejném roce bylo zaznamenáno provedení 639 primárních SC, z toho 78 při KP, což představuje 12 %.

Tabulka 9: Počet primárních, akutních SC a spontánních porodů v různých polohách v letech 2013 – 2014

Rok	Primární SC	Akutní SC	v poloze na zádech	v poloze na čtyřech
2013	87	22	5	3
2014	63	15	7	10

(Porodní knihy KNTB, a. s.)

Komentář: V roce 2013 bylo provedeno 87 primárních císařských řezů a 22 akutních. Spontánních porodů bylo v tomto roce 8. Z toho 5 z těchto porodů proběhlo v poloze

na zádech. U tří z těchto porodů byla během druhé doby porodní nově využita poloha „na čtyřech“ – *a la vache*.

V roce 2014 podstoupilo naplánovaný císařský řez 63 žen. Akutní císařský řez byl proveden 15 rodičkám. Počet spontánních porodů je v tomto roce roven 17. V poloze na zádech bylo odvedeno 7 porodů. Porod koncem pánevním v poloze *a la vache* proběhl u 10 rodiček.

Tabulka 10: Spontánní porod koncem pánevním v letech 2013 – 2014

Porod per vias naturales	Primipary	Secundipary	Multipary
2013	3	1	4
2014	7	9	1

(Porodní knihy KNTB, a. s.)

Komentář: Vaginálně roku 2013 porodilo 8 žen, z toho 5 v poloze na zádech a 3 v poloze „na čtyřech“ – *a la vache*. Spontánně porodily 3 primipary, 1 secundipara a 4 multipary.

V roce 2014 bylo na svět přivedeno vaginálně sedmnáct novorozenců, z toho 10 v poloze *a la vache* a 7 v poloze na zádech. Z hlediska parity porodilo 7 primipar, 9 secundipar a jen jedna multipara.

7 DISKUZE

Výzkumné šetření se zabývá problematikou vedení porodu koncem pánevním. Konkrétněji je zaměřeno na informovanost rodiček, porodní poranění a délku druhé doby porodní v různých polohách, poranění novorozence a postoje gynekologů – porodníků.

7.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Výsledky výzkumného šetření byly srovnávány se zahraničními studii, které se zabývaly podobnou problematikou.

Z hlediska informovanosti bylo zjištěno, že 12 z 15 žen čerpalo informace na internetu, kde se jim dostalo především negativních, odrazujících informací. Ženami byly informace čerpány převážně z různých neoborných fór a císařský řez je jimi vnímán jako méně „komplikovaný“. V bakalářské práci Kateřiny Sokolové (2014, s. 35) bylo provedeno 6 rozhovorů s ženami, jejichž plod byl v děloze uložen koncem pánevním, přičemž všechny z těchto žen uvedly jako informační zdroj internet. Tři z šesti žen, které také podstoupily císařský řez, byly informacemi z internetu negativně ovlivněny. U obou prací je patřičná shoda ve vyhledávání informací z internetových zdrojů.

Do finského výzkumu z roku 2014, který se zabýval zážitky a zkušenostmi žen během porodu, bylo zapojeno 76 žen s polohou plodu koncem pánevním a 56 žen, u nichž byl plod uložen záhlavím. Akutní císařský řez byl proveden v případě KP 21 ženám (21, 6 %) a u polohy záhlavím 14 ženám (19, 2 %). Porodní zážitek byl u porodu koncem pánevním v devíti a u porodu záhlavím v pěti případech označen jako negativní. Rozdíl mezi skupinami při negativním vnímání průběhu porodu nebyl statisticky významný, tudíž porod koncem pánevním není predispozicí pro negativní porodní prožitek žen. **Výsledek finské studie ukázal, že zážitek z porodu koncem pánevním může být stejně tak pozitivní jako při porodu záhlavím.** Matky rodící koncem pánevním byly více odhodlané přivést své dítě na svět přirozenou cestou a po porodu měly větší tendenci pocitu štěstí. Na druhou stranu bylo v této skupině více matek s negativní zkušeností s porodem. Ženy s takovou zkušeností mohly být v tomto případě také ovlivněny klinickou praxí, která omezuje ženy ve volbě polohy při porodu koncem pánevním. Podle výsledků této studie jsou zkušenosti z porodu koncem pánevním stejně pozitivní jako při porodu záhlavím, tudíž pokud nejsou přítomny lékařské kontraindikace, může se žena pokusit o vaginální porod. (Toivonen

et al., 2014, s. 316 – 321) Praktická část této bakalářské práce sice neporovnávala prožitky žen při porodu koncem pánevním a záhlavím, ale zajímala se o porodní prožitek žen rodících vaginálně. **Devět z deseti žen, jež porodily spontánně, byly s průběhem porodu spokojené a svého rozhodnutí nelitují. Jedna žena má z porodu špatnou vzpomínku a v dalším těhotenství by ve stejné situaci zvolila císařský řez.**

Výzkumné šetření bakalářské práce se dále zabývalo otázkou porodního poranění v různých porodních polohách. Dle Banks (2009) by se mělo při jakémkoliv porodu vyvarovat episiotomie, aby zůstalo perineum citlivé. Dle Roztočila et al. (2008, s. 323) nepatří porod koncem pánevním mezi nezbytné indikace pro provedení episiotomie. V jiné kapitole jeho knihy však uvádí, že při porodu koncem pánevním je vhodné provést profylaktickou episiotomii. (Roztočil et al., 2008, s. 288) Bogner et al. publikovali v roce 2014 jako první výzkum, v němž srovnávali vaginální porod koncem pánevním vedený v supinační poloze a v poloze „na čtyřech“. Z hlediska vzniku porodního traumatismu ženy došlo v poloze na zádech k poranění u 61 % žen, zatímco u druhé skupiny rodiček vzniklo poranění jen v 14, 6 %. Provedení episiotomie bylo v případě polohy „na čtyřech“ indikováno pouze u 7, 6 % žen, kdežto u žen rodících v supinační poloze byla indikována v 61 %. Poloha „na čtyřech“, zajistila 70, 7 % rodiček průběh porodu bez zásahu porodníka, u 19, 8 % žen byl po porodu ramének použit tlak v oblasti klíčních kostí pro porod hlavičky a 9, 8 % žen bylo v průběhu porodu přetočeno do polohy na zádech. **Výsledky výzkumného šetření bakalářské práce ukázaly, že při porodu koncem pánevním v poloze „na čtyřech“ nebyl ani jedné z respondentek proveden nástřih hráze, přičemž ani u jedné z nich nedošlo k ruptuře hráze I., II. nebo III. stupně. U žen rodících v poloze na zádech byla třem ženám provedena episiotomie a u jedné z žen došlo k ruptuře hráze I. stupně. Závěr obou prací poukazuje na nižší výskyt porodního poranění při porodu koncem pánevním v poloze „na čtyřech“.**

Jedním z cílů výzkumného šetření této bakalářské práce bylo srovnání délky druhé doby porodní. U skupiny respondentek, rodících v supinační poloze, byla zjištěna jednonásobně větší délka vypuzovací fáze porodu. Vzhledem k malé skupině vybraných respondentek, mohou být výsledky zkresleny. Výzkum Toivonen et al. (2014), který srovnával spontánní porody záhlavím a koncem pánevním dokázal také, že průměrná délka porodu byla delší v případě porodu záhlavím (9h 45 min), přičemž u konce pánevního to bylo 8h 25min. Výsledky výzkumu Bognera et al. (2014) ukázaly, že délka první doby porodní byla u obou poloh přibližně 5, 6 hodin. Délka druhé doby porodní byla zhru-

ba stejná, a to 50 min. v poloze na čtyřech a 44 min. v poloze na zádech. Odpověď na otázku, zda-li polohování způsobuje větší prostornost pánve, byla nalezena při výzkumu probíhajícím v Německu. Studie vznikla na podkladě studie odehrávající se před 10 lety, kdy se ve Frankfurtu začalo rodit KP ve vzpřímené pozici. Výzkumem bylo zjištěno, že u dětí narozených v této pozici je menší výskyt problémů týkajících se mechanismu porodu a méně novorozenců je hospitalizováno na JIP. Díky této studii začali v Německu předpokládat, že užití této polohy způsobuje zvětšení pánevních rozměrů a usnadnění narození dítěte. Tato studie je první, která užila pro pelvimetrii magnetickou rezonanci a porovnává tak pánevní rozměry v poloze na zádech a jiných polohách. Hlavním cílem bylo porovnat předozadní a příčný pánevní rozměr u těchto žen. MR byla provedena 50 ženám s jedním plodem v děloze v rozmezí 35+2 až 39+2 týdne gravidity a 50 ženám, které nebyly těhotné. **Výsledky ukázaly významné zvětšení příčného průměru pánevní šíře a východu (0.9 až 1.9 cm) při změně supinační polohy do polohy na kolenou.** Tento nárůst byl větší než při měření předozadního průměru. **Zvýšení příčných průměrů, které ukazuje studie, zdá se kompenzuje mírné zmenšení předozadního průměru pánevního vchodu a pravděpodobně usnadňuje sestup a rotaci těla dítěte v této části pánve.** Význam této studie přispívá k chápání možných dynamických změn porodního kanálu a poskytuje také anatomické vysvětlení výhod při porodu koncem pánevním i záhlavím pro porodníky a porodní asistentky, kteří se o tomto benefitu doposud jen domnívali. (Reitter et al., 2014, s. 662.e1 – 662.e9)

Další cíl výzkumného šetření byl zaměřen na porodní traumatismus novorozence. Ve finské studii, která srovnávala spontánní porody záhlavím a koncem pánevním bylo zjištěno, že Apgar skóre v první minutě bylo nižší při porodu koncem pánevním. Skóre dle Apgarové v 5. minutě po porodu se mezi těmito dvěma skupinami významně nelišilo. Potřeba hospitalizace novorozence na neonatální JIP byla v obou případech porodů ve stejné míře. **Porodní trauma bylo častější ve skupině porodů koncem pánevním, většinou se jednalo pouze o otok nebo oděrku. Míra závažnějších poranění byla nízká a u obou skupin přibližně stejná.** V obou skupinách došlo ke zlomenině klíční kosti. V případě porodu koncem pánevním došla také k obrně brachiálního plexu. Mateřské komplikace byly u obou skupin stejné. Ve skupině porodů koncem pánevním byla zjištěna větší míra k náchylnosti k infekci. (Toivonen et al., 2014) **U novorozenců dotazovaných respondentek výzkumného šetření, které se rozhodly pro spontánní porod, došlo převážně k otoku nebo tvorbě hematomu v oblasti genitálií a hýždí. U jednoho novorozence**

došlo pravděpodobně nešetrnou manipulací asistujícího k poškození krčních svalů. Ve skupině novorozenců po císařském řezu došlo v jednom případě k řezné rance skalpelem, u ostatních dětí nedošlo k porodnímu traumatismu novorozence. Výsledky se shodují v tom, že v případě spontánního porodu došlo převážně k otoku nebo hematomu v oblasti hýždí a genitálu.

Důležitou roli hraje způsob vedení porodu koncem pánevním. K obrovskému nárůstu císařských řezů došlo v roce 2000 po vydání multicentrické studie Term Breech Trial, která porovnávala císařský řez a vaginální porod u polohy KP. Studie se zúčastnilo 2088 žen s jedním plodem v děloze, a to v poloze koncem pánevním úplným nebo řitním. Rodičky s dětmi byly sledovány 6 týdnů po porodu. Výsledkem studie bylo, že plánovaný císařský řez je pro plod bezpečnější, zatímco z hlediska mateřských komplikací jsou výsledky obdobné v obou případech porodu. (Hannah et. al., 2000) Další studie proběhla 5 let po vydání výzkumu. Během analýzy výsledků s výsledky z roku 2000 došlo k vážným obavám nepravdivosti výzkumu z hlediska nedodržení požadovaných kritérií. Závěrem tohoto výzkumu bylo, že by doporučení ze studie Term Breech Trial měly být staženy. (Glezerman, 2006, s. 20 – 24) Výsledky studie Term Breech Trial vyvrátil také Goffinet et al. (2005, s. 1002 - 1011), jejichž výzkum probíhal ve 138 francouzských a 36 belgických porodnicích. Výzkumu se účastnilo 8105 těhotných žen s jednočetnou graviditou v termínu porodu. Císařský řez mělo naplánováno 5579 žen a vaginální porod 2526 rodiček. Z 2526 žen porodilo vaginálně 1796. **Výzkum Goffineta et al. dokázal, že není rozdíl mezi perinatální mortalitou a neonatologickou morbiditou při vaginálním porodu nebo císařském řezu. Po striktním výběru rodiček zůstává vaginální porod bezpečnou možností, která může být nabídnuta ženám.**

Holandská studie publikována roku 2013 zkoumala vznik komplikací v dalším těhotenství po předchozím císařském řezu. Studie se zúčastnily primipary s jednočetnou graviditou po 37. týdnu gravidity. Studie vyhodnocovala výsledky dalšího těhotenství těchto žen, s výjimkou těch, jejichž plody měly vrozenou vývojovou vadu. Výzkum porovnával také výsledky žen s plánovaným vaginálním porodem nebo císařským řezem v prvním těhotenství. Ve studii bylo zapojeno 15 605 žen. Ženy, které podstoupily v prvním těhotenství císařský řez, měly zvýšené riziko vzniku ruptury dělohy. Jejich novorozenci měli zvýšené riziko AS menšího než 7. Nebezpečí úmrtí novorozence bylo 2x větší, než u skupiny žen, jejichž první porod proběhl vaginálně. Výsledek ukazuje, že primární SC u plodů koncem pánevním v termínu porodu vede k významnému nárůstu mateřské a neonatální mor-

bidity v dalším těhotenství. Tento výsledek je nutno brát v úvahu, při konzultaci o způsobu vedení porodu koncem pánevním. (VLEMMIX et al., 2013, s. 321) **Tři z dotazovaných pěti lékařů výzkumného šetření jsou pro spontánní porod i v případě porodu prvorodičky, pouze jedna z lékařek však zdůraznila možné pooperační komplikace po císařském řezu a také nepříznivé podmínky pro porod v dalším těhotenství, jako je jizva na děloze.**

Roku 2012 vyšla studie Univerzitní nemocnice Goethe ve Frankfurtu. Tato studie probíhala od ledna 2004 do konce června 2011. Studie se zúčastnilo 970 žen, jejichž plod byl v poloze koncem pánevním. Z celkového počtu 970 bylo 750 v termínu porodu (> 37. týden těhotenství). Z těchto žen se 177 (23, 6 %) rozhodlo pro primární císařský řez a 573 (76, 4 %) pro vaginální porod. Z počtu 573 žen, které se rozhodly pro vaginální porod, byl císařský řez indikován ve 136 případech (23, 7 %) pro nevhodné podmínky pro vaginální porod. U zbylých 437 žen (76, 3 %) došlo u 276 (63,1 %) k úspěšnému vaginálnímu porodu a 161 žen (36, 9 %) muselo podstoupit akutní císařský řez. Z 276 vaginálních porodů proběhlo 207 porodů (76 %) v poloze na „čtyřech“ nebo ve vzpřímené pozici a 62 (22, 5 %) v poloze na zádech. **Během necelých 8 let tohoto výzkumu došlo k obrovskému nárůstu spontánních porodů.** V roce 2004 – 2005 byl počet SC 82 a vaginálních porodů 72. V dalších letech zůstával počet SC stejný, zatímco počet vaginálních porodů vzrůstal. V letech 2010 – 2011 se počet SC zmenšil na 64 a počet vaginálních porodů se zvýšil na 143. (Louwen et al., 2012) **Při srovnání vaginálních porodů a císařských řezů v KNTB, a. s. v letech 2013 – 2014 došlo již v roce 2014 ke snížení počtu SC. Vliv na pokles císařských řezů má pravděpodobně také klesající porodnost, ale zároveň došlo k nárůstu spontánních vaginálních porodů. Lze předpokládat, že se bude počet provedených císařských řezů redukovat a vaginálních porodů bude v příštích letech přibývat, jako tomu bylo na klinice ve Frankfurtu.**

7.2 Doporučení pro praxi

Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že většina žen s polohou plodu koncem pánevním pátrá po informacích na internetu a v důsledku toho mohou být negativně ovlivněny. Dalším ovlivňujícím faktorem ženy v rozhodnutí o způsobu porodu (pokud jsou splněny podmínky pro vaginální porod), je zcela nepochybně sdělení informací porodníkem o specificích tohoto porodu a možných komplikacích v dalším těhotenství po předchozím císařském řezu.

Je nutností, aby docházelo k pravidelnému proškolení lékařů o způsobech vedení porodu koncem pánevním. Lékaři a porodní asistentky by se měli zúčastňovat kurzů zabývajících se touto problematikou s případnou simulací porodu a nacvičení potřebných manévrů v případě komplikací.

Ženy by měly být od svého privátního gynekologa dostatečně informovány o způsobu porodu a možných komplikacích. Byl vypracován informační leták pro ženy, které se rozhodují o způsobu porodu svého nenarozeného dítěte. (Příloha IV)

Pro prohloubení vědomostí týkající se naléhání plodu koncem pánevním by mohla být tato práce využita při výuce studentek porodní asistence.

ZÁVĚR

Porod koncem pánevním je odjakživa spojen s obavami z vedení porodu jak ze stran rodiček, tak porodníků. Multicentrická studie Term breech trial vydána roku 2000 byla bezpochyby důležitým mezníkem v pohledu na vedení porodu koncem pánevním. Výsledky této studie byly a dodnes jsou vyvraceny jinými výzkumy. Ve světě dochází také k novelizaci vaginálního porodu koncem pánevním, ne ve všech zemích je však zdravotnickými systémy a samotnými porodníky přijímán.

Bakalářská práce byla zaměřena na vedení porodu koncem pánevním. Pomocí teoretické části je čtenář uveden do problematiky tohoto tématu. Praktická část vyobrazuje výsledky výzkumného šetření. Bylo stanoveno 5 cílů.

Po analýze rozhovorů s ženami s plodem uloženým v děloze koncem pánevním bylo zjištěno, že tři z žen byly po podání této informace překvapeny, u sedmi žen byla reakce neutrální a zbylých pět žen reagovalo na tuto zprávu negativně. Vzhledem k nižšímu týdnu gravidity, ve kterém se převážná většina žen tuto informaci dozvěděla, mohlo později dojít ke změně pocitů a náhledu na tuto situaci. Císařský řez byl privátním gynekologem doporučen 4 z 15 těhotných žen. Předpokládaným výsledkem bylo, že počet doporučených císařských řezů bude vyšší vzhledem k přetrvávajícímu názoru, že je císařský řez u polohy koncem pánevním pro plod bezpečnější. Informace na internetu čerpalo 12 z 15 žen, přičemž se setkaly převážně s negativními ohlasy. Vedle internetových zdrojů byly dále odrazovány známými. Naopak podpory se dočkaly od lékařů z prenatální poradny nebo od porodních asistentek z předporodních kurzů. Ženy po císařském řezu ovlivnil v jejich rozhodnutí především strach o zdraví nenarozeného dítěte. Pro vaginální porod se rodičky rozhodly především po konzultaci s gynekology, PA a také v situaci, kdy chtěly prožít vaginální porod. Se svou volbou způsobu porodu bylo spokojeno 14 žen, patnáctá žena rodila spontánně a odnesla si z tohoto porodu negativní vzpomínky.

Cíl 1 byl splněn.

Záměrem druhého cíle bylo srovnat rozsah porodního poranění a délku II. doby porodní po vaginálním porodu u rodiček, jejichž porod koncem pánevním byl veden v různých porodních polohách. U vybraného vzorku rodiček, jež zvolily polohu na čtyřech, byl prokazatelně menší rozsah porodního poranění. U této skupiny byla také vypuzovací fáze porodu jednou tak kratší, než u žen v poloze na zádech.

Cíl 2 byl splněn.

Třetí cíl se zaměřoval na zjištění porodního traumatismu. Ve skupině novorozenců po spontánním porodu převažovala poranění, jako je otok nebo hematom v oblasti hýždí nebo genitálií. V jednom případě došlo k *torticollis*, kdy jsou poraněny krční svaly a matka tohoto dítěte musela půl roku intenzivně rehabilitovat. Jeden z pěti novorozenců po císařském řezu měl malou řeznou ranku na hýždí.

Cíl 3 byl splněn.

Předposledním cílem bylo zjistit postoj gynekologů – porodníků k vedení porodu koncem pánevním. Všichni z dotazovaných lékařů jsou v případě vhodných podmínek pro vaginální porod, všichni také zdůrazňují nutnost psychické a fyzické připravenosti ženy na tento porod. Dva z pěti gynekologů - porodníků jsou spíše pro císařský řez v případě primipar. Alternativním polohám jsou nakloněny dvě lékařky, zbylí tři gynekologové – porodníci nejsou proti, ale předpokládají komplikace, a proto raději volí polohu na zádech.

Cíl 4 byl splněn.

Pátým cílem bylo srovnání počtu vaginálních porodů a císařských řezů při poloze koncem pánevním v letech 2013 – 2014. Do počtu byly zahrnuty pouze ženy, které měly jeden plod v děloze, a porod proběhl v termínu porodu. Rozdíl mezi těmito roky je patrný v poklesu počtu primárních císařských řezů v roce 2014 a vzrůstu spontánních porodů KP.

Cíl 5 byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BANKS, Maggie, 2009. Breech, Posterior and Deflexed Head! An Active Birth Solution? *Midwifery today* [online]. Dostupné z: <http://search.proquest.com.proxy.k.utb.cz/docview/1420145387?pq-origsite=summon>
- BINDER, Tomáš, 2004. Chyby a omyly při spontánním vedení porodu koncem pánevním: Kontroverze v gynekologii a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 13, č. 1. ISSN: 1211-1058.
- BINDER, T., V. UNZEITIG a P. VELEBIL, 2013. Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním – doporučený postup. *Časopis ČESKÁ GYNEKOLOGIE*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. č. 78.
- BOGNER, Gerhard et al., 2014. Breech delivery in the all fours position: a prospective observational comparative study with classic assistance. *Journal of Perinatal Medicine* [online]. vol. 0, issue 0. DOI: 10.1515/jpm-2014-0048.
- DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2013. *Neonatologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2253-8.
- DOLEŽAL, Antonín et al., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-0881-2.
- DOLEŽAL, Antonín, 2009. Extrakce konce pánevního. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 18, č. 3. ISSN: 1214-2093.
- DOLEŽAL, Antonín, 2009. Historické zamyšlení nad manuální extrakcí konce pánevního. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 18, č. 3. ISSN: 1214-2093.
- EVANS, Jane, 2012. Understanding physiological breech birth. *Essentialy MIDIRS*. Vol. 3, Num. 2. ISSN: 2044-0308
- EVANS, Jane, 2012. The final piece of the breech birth jigsaw? *Essentialy MIDIRS*. Vol. 3, Num. 3.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO+NZO. ISBN 978-80-7013-547-1.
- GASKIN, Ina May, 2010. *Zázrak porodu*. I. Vydání. Doubice: One Woman Press. ISBN: 978-80-86356-48-8.
- GIMOVSKY, Martin L., Eva ROSA a Elena BRONSHTEIN, 2007. Nové informace o managementu těhotenství s plodem v poloze koncem pánevním. *Gynekologie po promoci*. Roč. 7, č. 6. ISSN 1213-2578.

- GLEZERMAN, Marek, 2006. Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*[online]. vol. 194, issue 1. DOI: 10.1016/j.ajog.2005.08.039.
- GOFFINET, François et al., 2006. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. vol. 194, issue 4. DOI: 10.1016/j.ajog.2005.10.817.
- HANNAH, Mary E. et al., 2000. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet* [online]. vol. 356, issue 9239. DOI: 10.1016/s0140-6736(00)02840-3.
- HÁJEK, Zdeněk et al., 2014. *Porodnictví*. 3, zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HÁJEK, Zdeněk, 2007. Současný pohled na porod koncem pánevním. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 16, č. 1. ISSN: 1211-1058.
- HÁJEK, Zdeněk, 2009. Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo v současném porodnictví. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. Roč. 1. ISSN: 1803-9588.
- HYNEK, Karel et al., 2002. Konec pánevní - indikace k sectio caesarea?: Celostátní konference ČGPS ČLS JEP a SSG ČR, Hradec Králové. Kontroverze v perinatologii a vedení porodu. *Praktická gynekologie*, č. 5, s. 18. ISSN: 1211-6645.
- KLAUS, Karel a Josef JERIE, 1942. *Porodnické operace*. 2.vyd. Praha: Vesmír.
- KUDELA, Milan et al., 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. Vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 978-80-244-1975-6.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2713-4.
- LOUWEN, Frank et al., 2012. Rethinking the Physiology of Breech Birth – A cohort study in Frankfurt Germany 2004 – 2011. [online prezentace]. Germany: Goethe University Hospital in Frankfurt. Dostupné z : https://women.wcha.asn.au/system/files/frankfurt_breech_presentation_for_australia_november_29_2012.pdf
- L'UBUŠKÝ, Marek et al., 2008. *Ultrazvuková biometrie hlavičky při poloze plodu koncem pánevním*. [online] lubusky.com. Dostupné z:

http://www.lubusky.com/cc_58_ultrazvukova-biometrie-hlavicky-pri-poloze-plodu-koncem-panevnim.html

ODENT, Michel, 1990. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo. ISBN: 80-85794-05-2.

ODENT, Michel, 2014. *Porod a budoucnost Homo sapiens*. Praha: MAITREA. ISBN: 978-80-7500-052-1.

REITTER, Anke, et al., 2014. Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. vol. 211, issue 6. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.06.029.

ROZTOČIL, Aleš et al., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, Aleš, 2013. Provádění extrakce plodu uloženého v poloze podélné koncem pánevním – doporučený postup. *Časopis ČESKÁ GYNEKOLOGIE*. Roč. 78, supplementum. ISSN: 1214-2093.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 1999. *Péče v průběhu normálního porodu: Praktická příručka*. Ženeva [online]. Dostupné z: www.aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf

TOIVONEN, Elli et al., 2014. Maternal Experiences of Vaginal Breech Delivery. *Birth* [online]. vol. 41, issue 4. DOI: 10.1111/birt.12119.

TULLY, Gail, 2013. Identifying and Resolving Obstructed Breech Birth: When to Touch and When to Be Hands-Free. *Midwifery today* [online]. issue 106. Dostupné z: <http://search.proquest.com.proxy.k.utb.cz/docview/1417589139/fulltextPDF/13D088B820A94B84PQ/1?accountid=15518>

VLEMMIX, Floortje et al., 2013. 764: Effect of increased caesarean section rate due to term breech presentation on maternal and fetal outcome in subsequent pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. vol. 208, issue 1. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.10.102.

ZÁBRANSKÝ, František, 1997. *Technika císařského řezu*. Praha: Galén. ISBN: 80-85824-69-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BPD	Biparietální průměr.
HC	Obvod hlavičky.
KP	Konec pánevní.
PPKP	Poloha podélná koncem pánevním.
SC	Sectio caesarea.
UZ	Ultrazvuk.
DDŽ	Dolní dutá žíla.
IVF	In vitro fertilizace.
ET	Embryo transfer.
RCUI	<i>Revisio cavi uteri instrumentalis</i> – revize dutiny děložní.
DP	Doba porodní.
KNTB, a. s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati.
WHO	World health organization – Světová zdravotnická organizace.
Grav. hbd	Graviditas hebdomas (latinsky týden).
epi	Episiotomie.
I. sin.	Lateralis sinistra.
I. dx.	Lateralis dextra.
JIP	Jednotka intenzivní péče.
MR	Magnetická rezonance.
AS	Apgar skóre.
rpt.	Ruptura – trhlina.
F	Fyziologický.
PS	Porodní sál.
TP	Termín porodu.
VB	Vak blan.

KD Děložní kontrakce.

KTG Kardiotokograf.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Pražský hmat – hlavička v maximální deflexi.....	88
Obrázek 2: Pražský hmat u abnormální rotace – hlavička v maximální flexi.....	88
Obrázek 3: PPKP a) úplná, b) neúplná – nožkou, c) neúplná – řitní, d) neúplná – kolénky	89
Obrázek 4: Postavení dítěte v poloze koncem pánevním.....	90
Obrázek 5: Obrat konce pánevního zevními hmaty na hlavičku	91
Obrázek 6: Mechanismus spontánního porodu KP dle Evans	91
Obrázek 7: Spontánní vaginální porod KP v poloze „na čtyřech“	92
Obrázek 8: Hmaty užívané při komplikacích porodu koncem pánevním v poloze „na čtyřech“	93
Obrázek 9: a) Metoda dle Covjanova – ruce v prvních fázích spočívající na rodidlech, b) Metoda dle Brachta – ruce spočívající na plodu.....	93
Obrázek 10: Vybavení hlavičky Mauriceouovým Smellieovým hmatem	94
Obrázek 11: Müllerova metoda – vybavení předního a zadního raménka plodu.....	94
Obrázek 12: Klasická metoda pro vybavení vztyčených ruček – vybavení zadní ručky, přetočení plodu, vybavení druhé ručky	95
Obrázek 13: Tah konce pánevního ve směru pánevní osy	95
Obrázek 14: Uchopování plodu při úplné extrakci	96

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Zatuchni – Andros skórovací systém	20
Tabulka 2: Klasifikace ruptury hráze dle Britské královské společnosti gynekologů a porodníků.....	32
Tabulka 3: Informovanost rodiček	60
Tabulka 4: Srovnání rozsahu porodního poranění	63
Tabulka 5: Srovnání délky II. doby porodní v souvislosti s porodní polohou	65
Tabulka 6: Porodní traumatismus novorozence	66
Tabulka 7: Postoj gynekologů – porodníků k vedení vaginálního porodu KP	67
Tabulka 8: Počet císařských řezů a spontánních porodů v letech 2013 – 2014	69
Tabulka 9: Počet primárních, akutních SC a spontánních porodů v různých polohách v letech 2013 – 2014	69
Tabulka 10: Spontánní porod koncem pánevním v letech 2013 – 2014	70

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA II: OBRÁZKY

PŘÍLOHA III: ROZHOVORY

PŘÍLOHA IV: INFORMAČNÍ LETÁK

PŘÍLOHA II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti v průběhu realizace odborné praxe pro níže uvedenou studentku. V rámci ukončení studia studenti 3. ročníku zpracovávají bakalářskou práci, jejíž součástí je i empirická část. K realizaci této části studentka potřebuje přístup k informacím z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studentku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka.

Téma bakalářské práce	Vedení porodu koncem pánevním: spontánní porod nebo císařský řez?
Termín konání odborné praxe	9.2.2015 – 31.3.2015
Pracoviště	Gynekologicko-porodnické oddělení KNTB a. s. Zlín
Metoda výzkumného šetření	Kvalitativní výzkumné šetření – kazuistiky, rozhovory
Skupina respondentů	Ženy po porodu koncem pánevním, lékaři, PA
Autor bakalářské práce	Michaela Třeščíková
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Dagmar Moravčíková

Děkujeme za spolupráci.

Ve Zlíně dne 11-02-2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



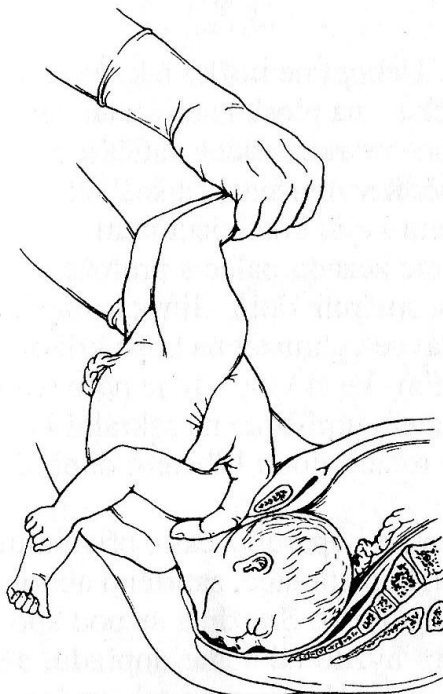
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd


Krajská nemocnice v Bati, a. s.
Havlíčkovy sady 600

Razítka a podpis zástupce zařízení

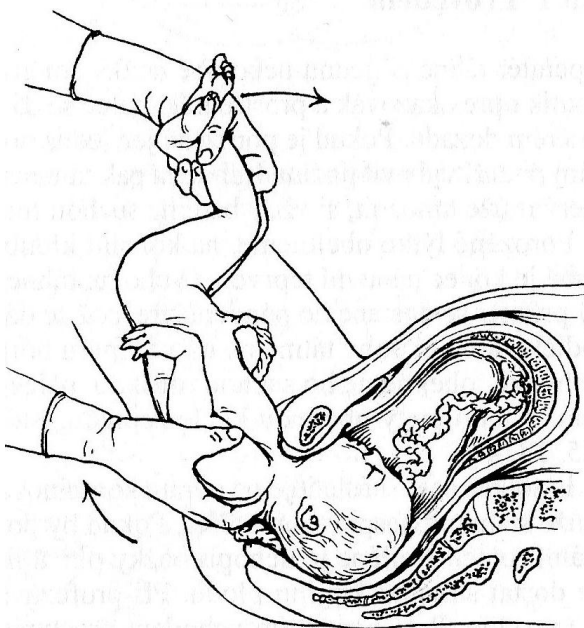
PŘÍLOHA II: OBRÁZKY

Obrázek 1: Pražský hmat – hlavička v maximální deflexi



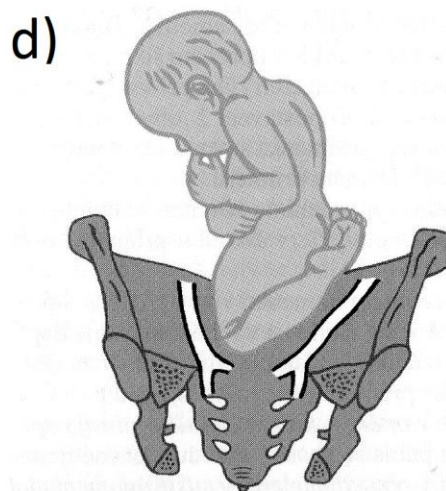
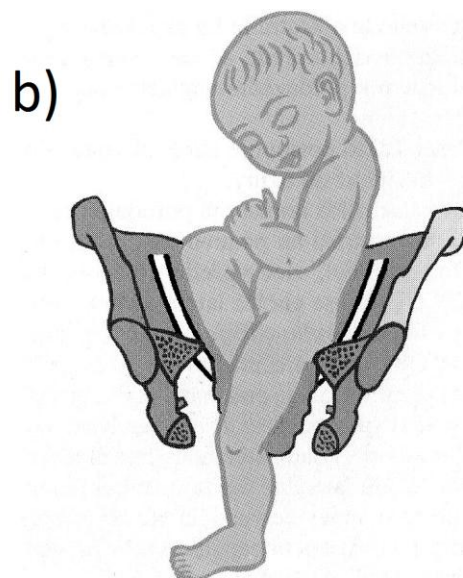
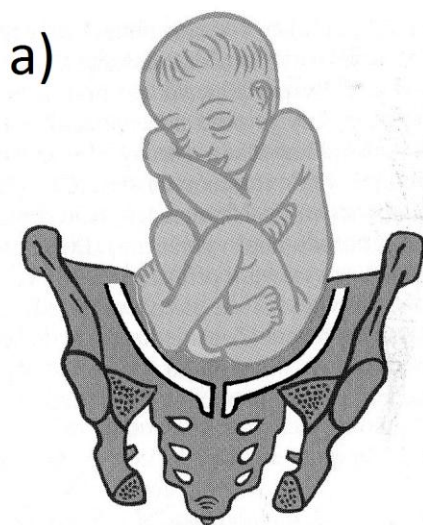
(Doležal et al., 2007, s. 199)

Obrázek 2: Pražský hmat u abnormální rotace – hlavička v maximální flexi



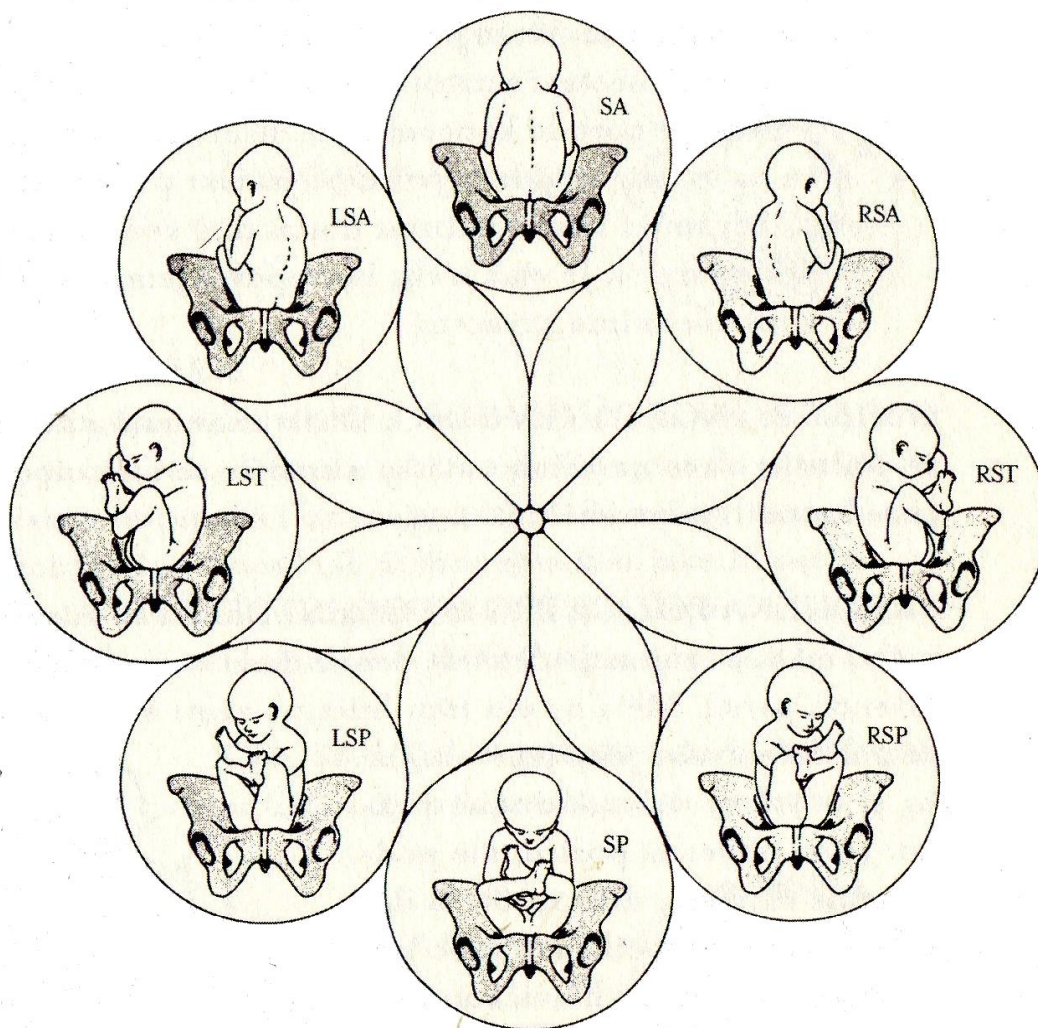
(Doležal et al., 2007, s. 199)

Obrázek 3: PPKP a) úplná, b) neúplná – nožkou, c) neúplná – řitní, d) neúplná – kolénky



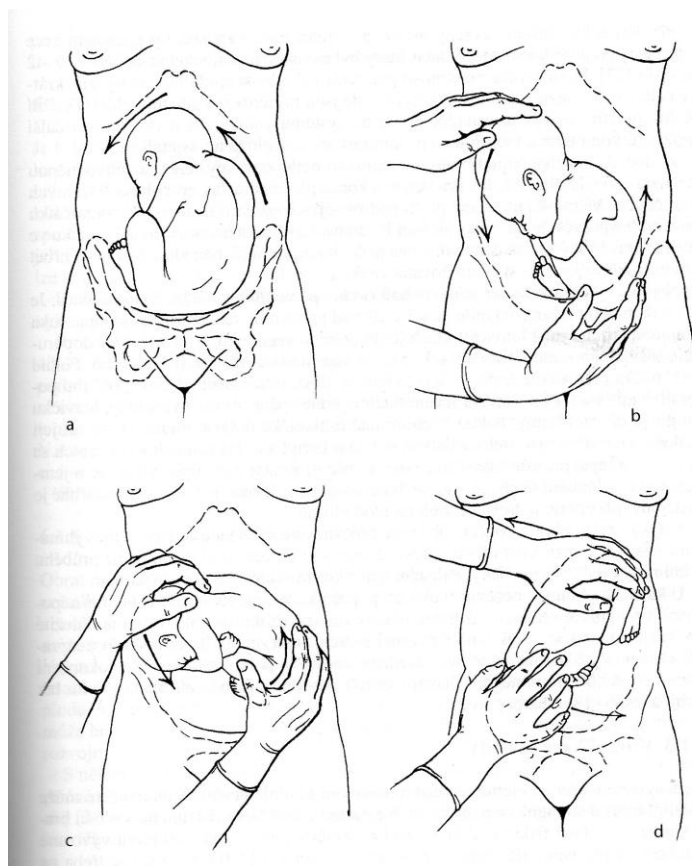
(Hájek et al., 2014, s. 294 – 295)

Obrázek 4: Postavení dítěte v poloze koncem pánevním.



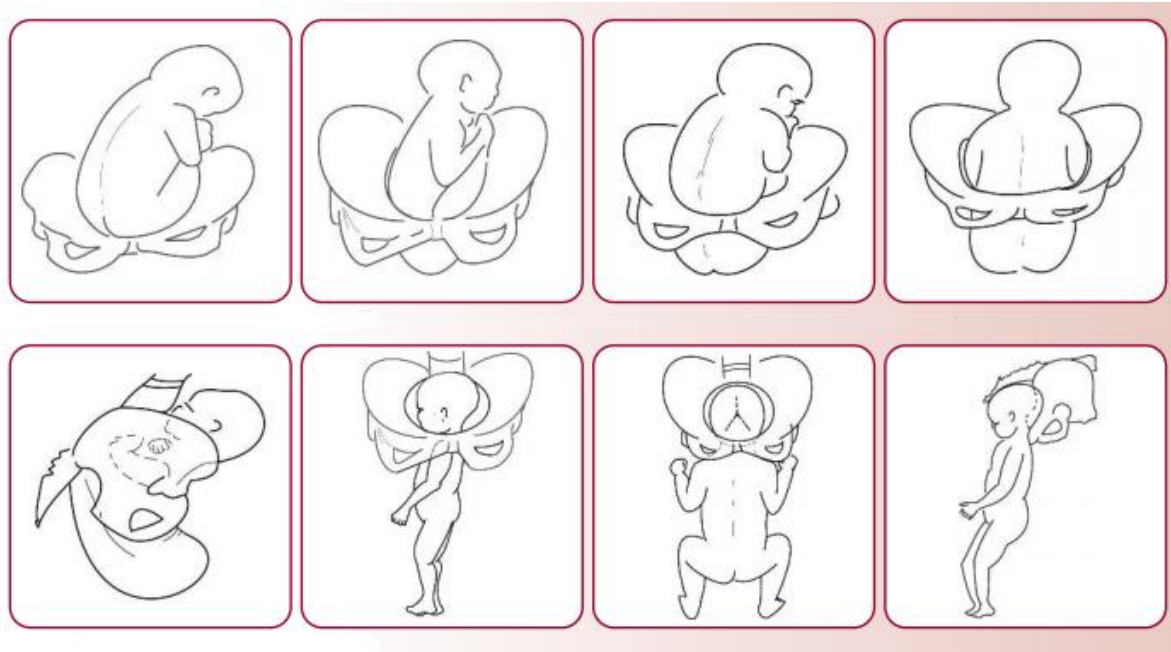
(Gaskin, 2010, s. 351)

Obrázek 5: Obrat konce pánevního zevními hmaty na hlavičku



(Doležal et al., 2007, s. 129)

Obrázek 6: Mechanismus spontánního porodu KP dle Evans



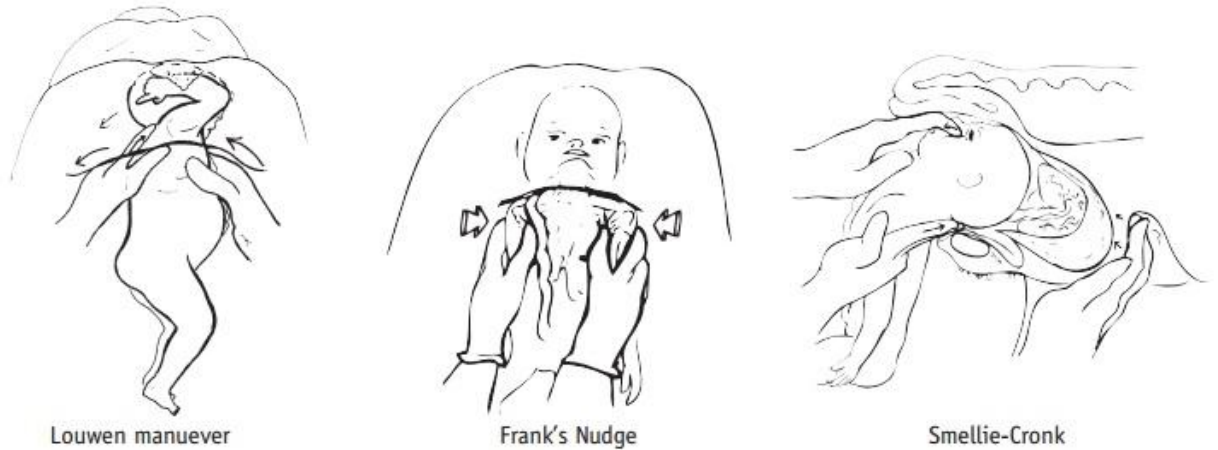
(Evans, 2012, s. 19)

Obrázek 7: Spontánní vaginální porod KP v poloze „na čtyřech“



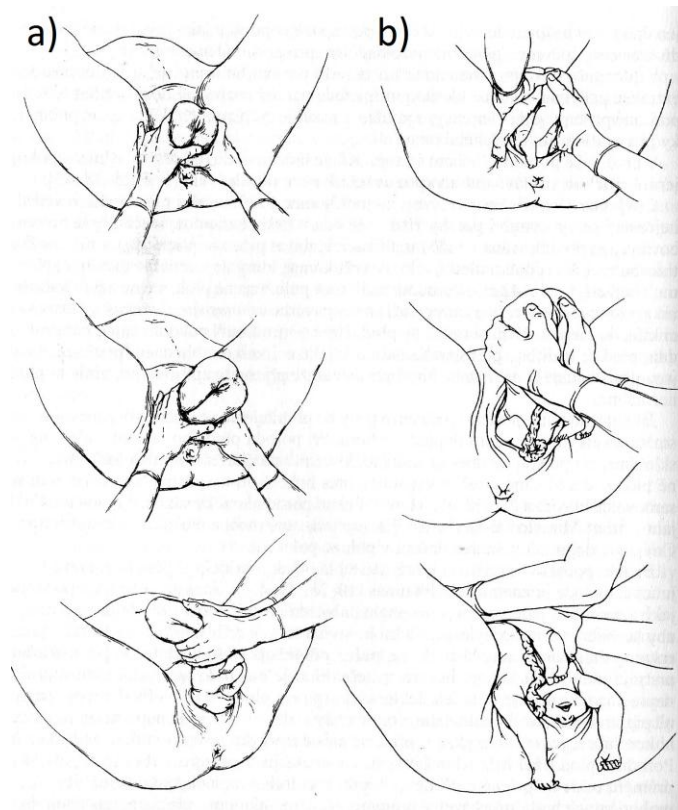
(Evans, 2012, s. 47 – 49)

Obrázek 8: Hmaty užívané při komplikacích porodu koncem pánevním v poloze „na čtyřech“



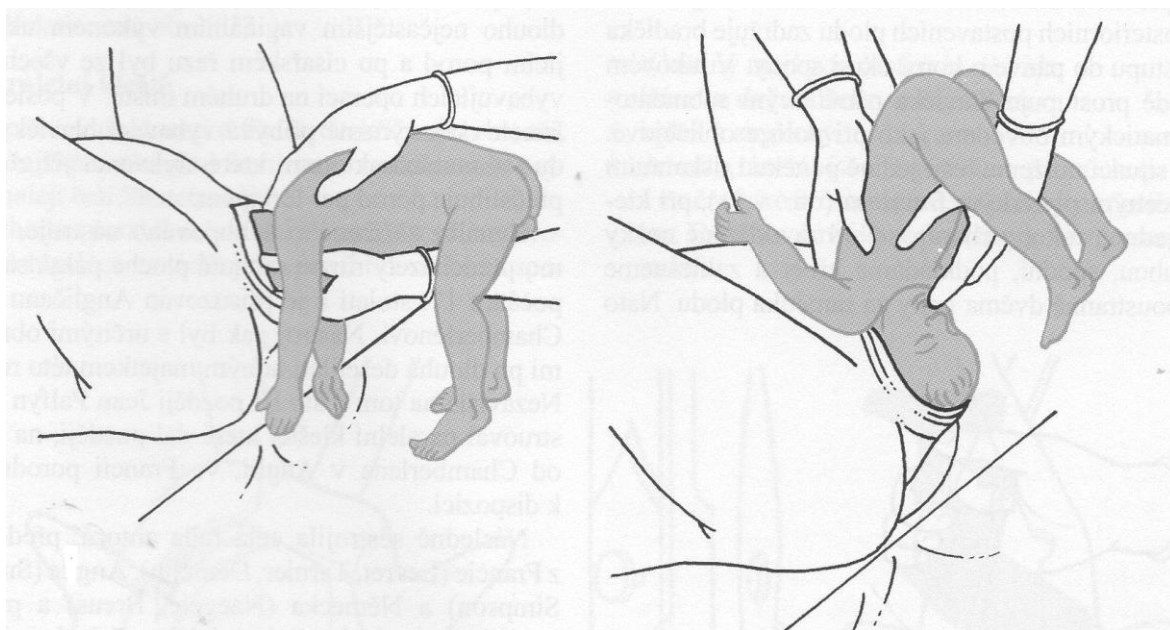
(Tully, 2013, s. 23)

Obrázek 9: a) Metoda dle Covjanova – ruce v prvních fázích spočívající na rodidlech, b) Metoda dle Brachta – ruce spočívající na plodu



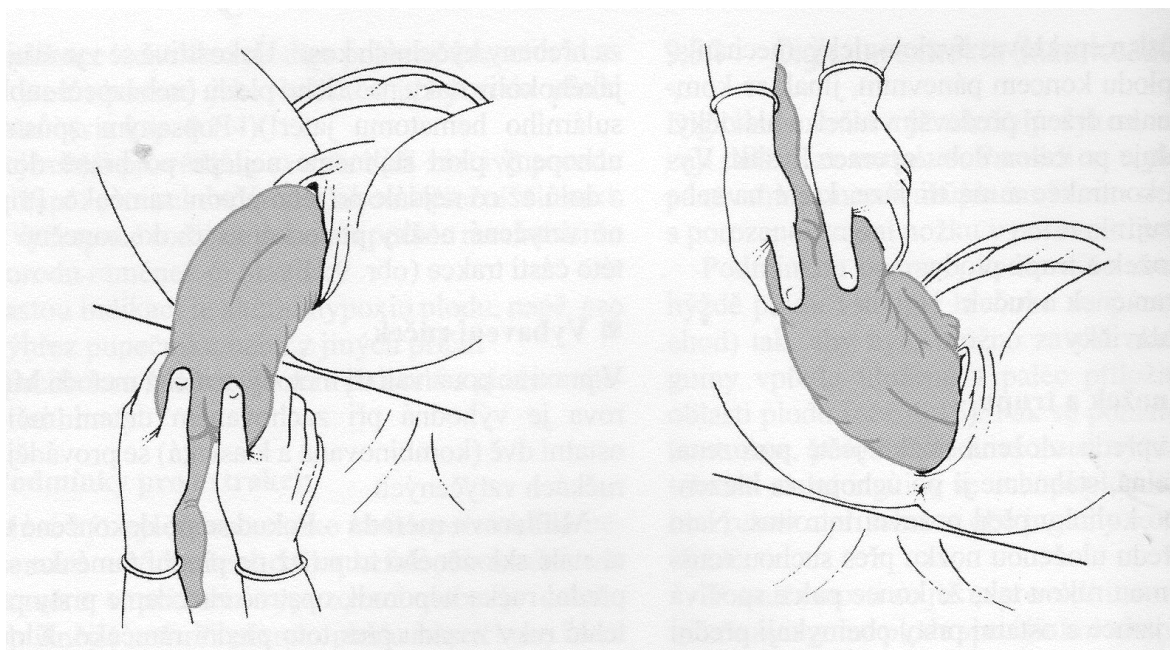
(Doležal et al., 2007, s. 112)

Obrázek 10: Vybavení hlavičky Mauriceouovým Smellieovým hmatem



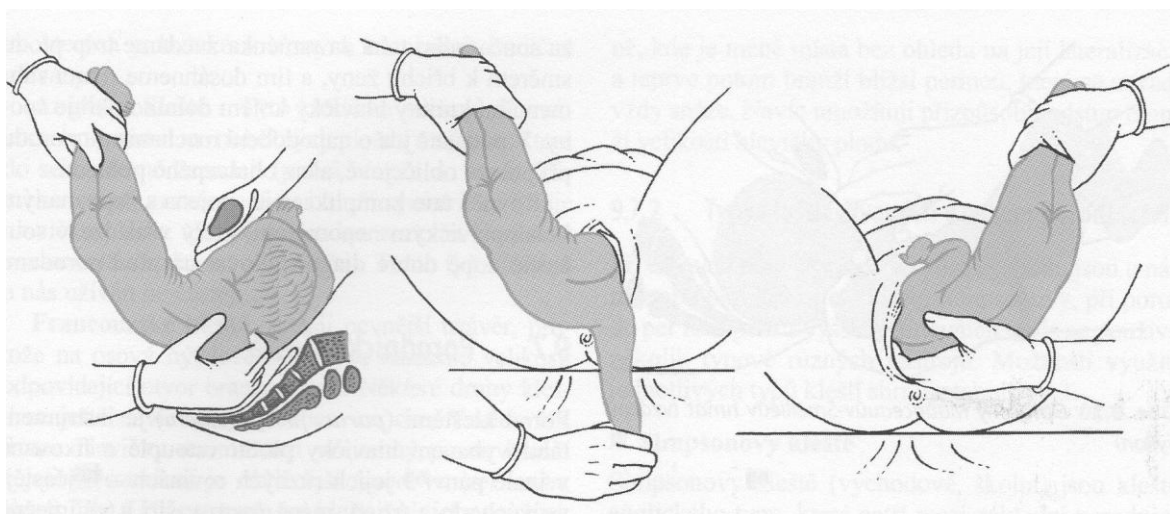
(Hájek et al., 2014, s. 479)

Obrázek 11: Müllerova metoda – vybavení předního a zadního raménka plodu



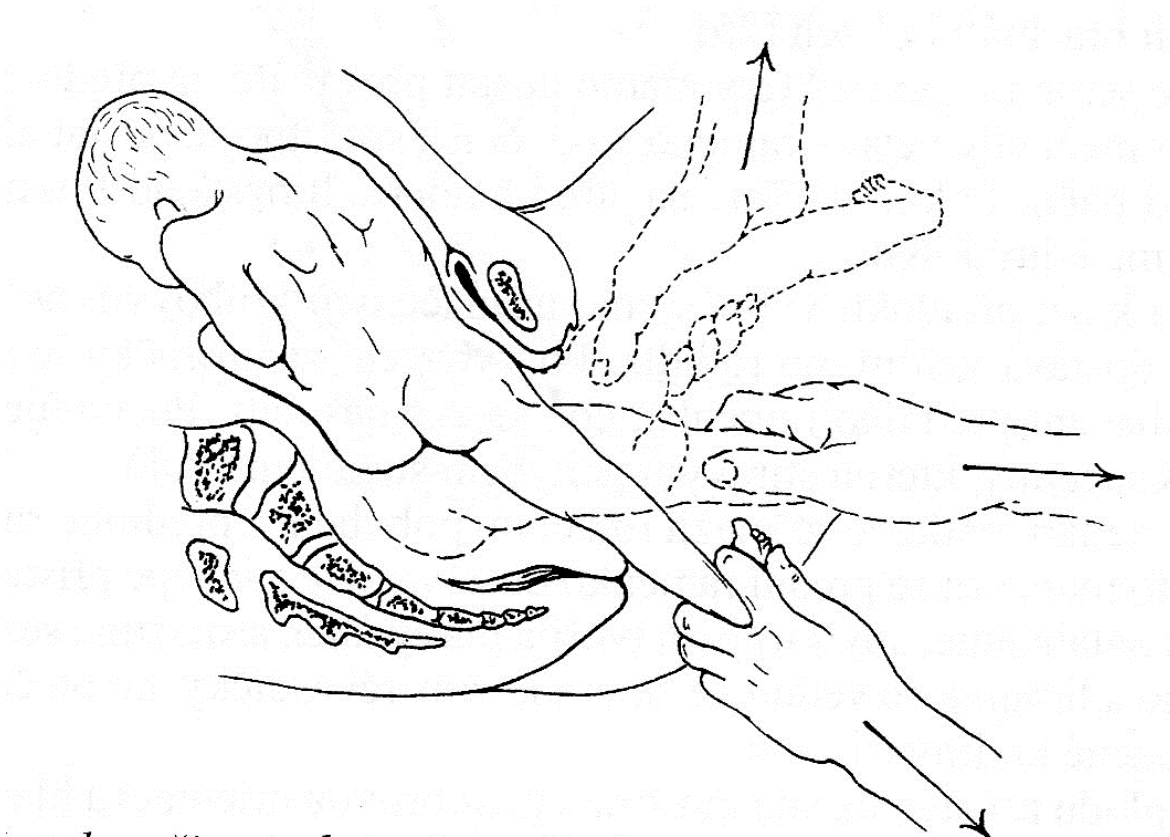
(Hájek et al., 2014, s. 478)

Obrázek 12: Klasická metoda pro vybavení vztyčených ruček – vybavení zadní ručky, přetočení plodu, vybavení druhé ručky



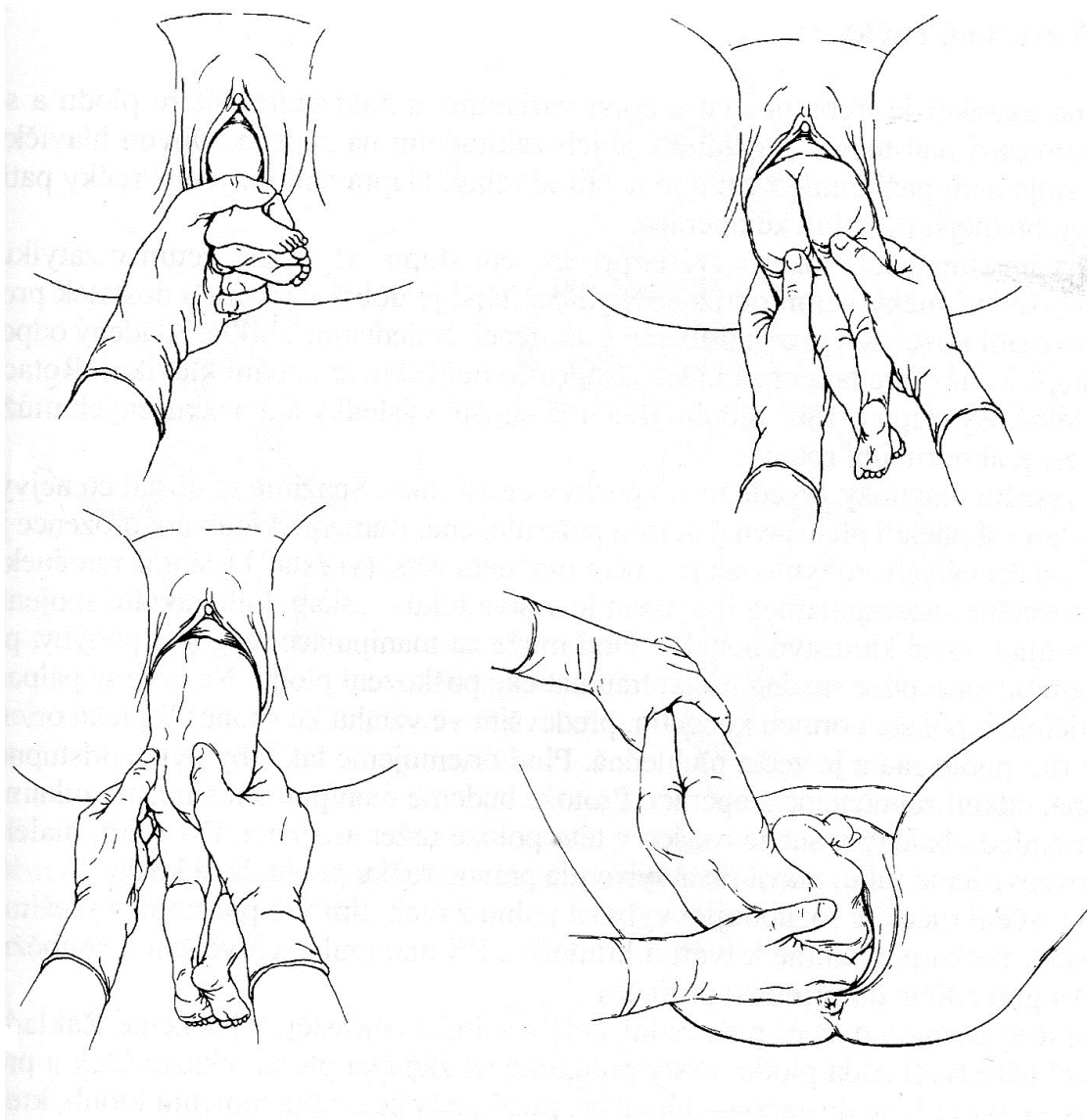
(Hájek et al., 2014, s. 479)

Obrázek 13: Tah konce pánevního ve směru pánevní osy



(Doležal et al., 2007, s. 121)

Obrázek 14: Uchopování plodu při úplné extrakci



(Doležal et al., 2007, s. 121)

PŘÍLOHA III: ROZHOVORY

ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER VIAS NATURALES V POLOZE NA ZÁDECH

Rozhovor s rodičkou A

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

V průběhu těhotenství mi lékař říkal, že je dítě ještě dolů zadečkem. Překvapená jsem nebyla, protože vím, že se dítě přetáčí až ke konci těhotenství. Ke konci už jsem byla nervózní, když mi gynekolog říkal, že je pořád zadkem dolů, ale pořád jsem si říkala, i doktor mi to tvrdil, že se ještě může na poslední chvíli před porodem přetočit. Tak jsem si pořád říkala, že se otočí. Až týden před porodem jsem to vzdala.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o rizicích a kladech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Můj gynekolog mi automaticky řekl, že půjdu na císař, ale já jsem řekla, že chci родit přirozeně. Na to mi řekl, že v místní porodnici je možná možné porodit vaginálně, protože tam mají jiné zkušenosti. Týden před termínem porodu mě poslal do rizikové poradny a říkal, že to nechá na nich. Tam mi hned ve dveřích řekli, že budu родit přirozeně, protože jsem druhorodička, vysoká, štíhlá... Já jsem byla také spíš pro přirozený porod, ale říkala jsem si, že to nechám na doktorech, podle toho co mi řeknou.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí родit vaginálně – gynekolog, internet, známí...?

Známí, a teda hlavně kamarádky, ty mi hodně doporučovaly císaře. Ale já jsem nechtěla, protože mám pocit, že po té operaci potřebuje člověk delší dobu na zotavení a bála jsem se, že to bude bolet. Navíc týden před porodem jsem zkolabovala a na jednu noc jsem byla v porodnici. Na pokoji se mnou byly zrovna dvě paní čerstvě po císaři a byly úplně zničené. Jak jsem je viděla, tak jsem si řekla, že císař nechci, ale pořád jsem si taky říkala, že se třeba ještě otočí. Potom jsem si už ale začala hledat informace na internetu, co kdyby se náhodou neotočila, a do kterého týdne těhotenství se většinou přetáčí. Kamarádka mi navíc říkala, že její dcera se také přetočila až v 38. týdnu. Doktorka mi poté řekla, ať se na internet nedívám, že tam jsou nesmysly a že oni při porodu hlavičky netrhají. Pak

jsem teda ještě četla o nějaké možnosti, že se dítě rukama vnitřně otočí, ale to jsem potom už neřešila. Byla jsem ale taková, že jsem se spoléhala spíš na to, co mi řekla doktorka.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

To asi jo. První dceru jsem rodila před dvěma lety, takže mi paní doktorka říkala, že si tělo porod pamatuje a bude se mi rodit dobře.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Normálně, stále jsem si myslela, že se otočí hlavičkou dolů.

Jak probíhal Váš porod?

Porod jsem šla zase vyvolávat (první byl také vyvolávaný). Přijeli jsme na půl osmé do porodnice, nebyla jsem nervózní. Doktorka, ke které jsem chodila do rizikové ambulance, tam na mě už čekala a já měla radost, že jí tam vidím, protože byla i u mého prvního porodu (Dodala mi její energii, jak kdyby do mě vlila takovou živou vodu, a já jsem potom rychle porodila). Byla jsem ráda, že se mnou byla u tohoto porodu, hodně jsem na ní spoléhala. Po zavedení tabletky se mi rozběhly bolesti a porodní asistentka, která se o mě starala, mi řekla, ať jdu do vany, a také mi navrhla polohu na čtyřech. Ale já jsem do té polohy moc nechtěla, nejsem na to. U prvního porodu jsme zkusili tak pět poloh, mám slabé ruce a ještě více mě to vysilovalo. Pak přišla doktorka a ta porodní asistentce stejně řekla, že budu rodit normálně na zádech. Po vaně se to už rychle rozjelo a já si přešla na lůžko. Nohy jsem měla v těch opěrách. (Před porodem jsem si od kamarádky půjčila ještě ten epino balónek. Neměla jsem moc čas to cvičit, ale dvakrát jsem to zkusila, a tím jsem si oživila ten pocit, jak mnou prochází hlavička.) Když jsem pak na lůžku začala tlačit, tak byla malá po první kontrakci z půlky venku. Doktorka mi řekla, že je to holčička. Nenastrhávali mě. Bolelo mě, jak byla kůže natažená a tlačilo to. Na další kontrakci jsem zatlačila a malá byla venku. Přišlo mi to strašně rychlé. Nakonec jsem porodila v polosedě na zádech a to pro mě bylo nejlepší.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte?

Říkali mi, že měla hematom na pravé půlce zadečku, ale já jsem si toho ani nevšimla, protože jsem s ní v porodnici ještě až tak moc nemanipulovala. Na internetu jsem četla, že se děti rodí polámané, vykloubené nožičky atd. tak jsem se trochu bála, ale nebylo to tak.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

Neměla jsem žádné poranění.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Ano, tady ten druhý porod byl dobrý a šla bych do toho znovu. Kdyby ale odhadovali, že by mělo být dítě velké, tak bych do toho asi nešla. U předchozího porodu se malá rodila se salutující ručkou a já jsem měla pocit, že špatně tlačím. Takže porod trval déle a byl pro mě i horší než tenhle. Po tom co přestřihli pupeční šňůru, jsem byla plná energie a mohla bych jít klidně hned domů. Byl to hezký zážitek.

Rozhovor s rodičkou B

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Vzhledem k tomu, že ve stejné situaci byla moje sestra, tak už jsem na to byla tak trochu připravená, že to asi nastane. Hodně mi pomohlo předporodního cvičení, do kterého jsem chodila se sestrou. Byla zde porodní asistentka, která nám řekla, že dítě si samo vybere, jak chce být porozeno a pokud žena chce родit přirozeně, tak ať rodí. A vzhledem k tomu, že jsem sestru povzbuzovala k tomu, aby rodila přirozeně, tak jsem se tak rozhodla taky.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Moje gynekoložka se mě zeptala, jak bych chtěla родit a já jsem jí řekla, že pokud to bude možné, tak přirozeně. Císařský řez mi nenabídla. Co se týče informovanosti, tak jsem pořád myslela, že to budou víc řešit, ale vždy se mě jen zeptali, jestli chci родit přirozeně, já jsem řekla, že ano, a to bylo vše.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí родit vaginálně – gynekolog, internet, známí..?

Já jsem to nějak nestudovala, možná jednou jsem se podívala na internet. Od začátku jsem chtěla родit přirozeně, už jen při představě, jak mi dávají dítě na břicho, že se přisaje k prsu, o tohle jsem nechtěla přijít. Nejvíce mě ovlivnila porodní asistentka z kurzu, která řekla, že lékaři doporučují císaře, protože jsou zvyklí operovat a u tohoto porodu mohou být jen jako diváci, tudíž to pro ně není zajímavé. Velkou podporu jsem měla také

v sestře, která rodila konec pánevní 4 měsíce přede mnou a řekla mi, že jí tento její porod připadal jednodušší, než ten první hlavičkou.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Rodila jsem poprvé.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Úplně normálně, jen jsem poslední měsíc chodila do rizikové ambulance a tam jsem čekala, že bude něco jinak, ale probíhalo to tam úplně stejně jako u mé gynekoložky.

Jak probíhal Váš porod?

Do porodnice jsem jela s pěti minutovými kontrakcemi, a když jsem přijela, tak jsem byla otevřená už na 6 cm. Podle mě to proběhlo dost rychle. Chvilí jsem byla ve vaně a pak už začal porod. Ptali se mě, jak chci родit, což mě trochu překvapilo. Nevím, možná jsou zvyklí, že to maminky znají, ale já jsem to nestudovala. Díky sestře jsem ale věděla, že je možnost родit na čtyřech. Ze začátku vše probíhalo dobře, a tak jsem zkusila polohu na čtyřech. Pak se to zkomplikovalo, protože malý rotoval špatně hlavou, a tak volali bývalého primáře, který prý jediný měl s tímto zkušenost a dokázal při kontrakcích otáčet hlavičkou. Bylo to hrozné, protože s každou kontrakcí, co máte tlačit ven, mi dovnitř strčil ruku, s kterou něco dělal. Ani jsem nevěděla, co dělal, v té chvíli mi nedocházelo, že se něco děje. To, že byl nějaký problém, jsem se dozvěděla až po porodu.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte?

Ani nevím, kdy přestřihli pupeční šňůru, řekli, máte chlapečka a odnesli ho. Potom mi ho přinesli znovu ukázat, a protože chroptěl, tak ho dali na 2 hodiny na podporu dechu do inkubátoru. Měl ještě poměrně hodně zhmožděné genitálie, ale já jsem to viděla jen na fotce. Byly skoro černé a dost velké. Viděla jsem to ale fakt jen na fotce, protože si ho nechali na jednu noc na sledování na intermediálu a do té doby jsem ho nepřevalovala. Když jsem ho dostala na pokoj, tak už to neměl. Víím, že mu dávali něco na to, aby se to zmenšilo. Navíc měli strach, že díky tomu nečůrá, takže ho cévkovali. A já potom vážila plenky, aby se to pohlídalo.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

Museli mě sice nastříhnout a měla jsem i nějaké pohmoždění, ale momentálně je to v pořádku.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Kdyby se mi teď znovu stalo, že bych byla těhotná a měla bych konec pánevní, tak bych se asi více poradila se svou gynekoložkou, ale jen proto, že bych se bála, jestli nemůže znovu nastat taková komplikace, takže spíše jen pro psychickou podporu. Vše sice dobře dopadlo, ale říkali mi, že kdyby tam nebyl bývalý primář, tak bychom museli jít na akutní císař. Díky tomu, že vše dopadlo dobře, tak mám z toho dobrý pocit a neměnila bych. Jsem ráda, že jsem mohla rodit normálně.

Rozhovor s rodičkou C

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Už si nepamatuji, ve kterém týdnu jsem se to dozvěděla, ale ze začátku jsem měla obavy, protože jsem o tomto porodu slyšela různé příběhy. Potom jsme to ale probírali v těhotenském kurzu a tam jsem nabyla sebevědomí, navíc tam s námi chodila paní, která rodila koncem pánevním chvíli přede mnou, a vše proběhlo v pořádku. Takže jsem se potom přestala bát, ale pořád jsem doufala, že se přetočí.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Má gynekoložka nechávala rozhodnutí na mě. Ona sama se spíše přikláněla k přirozenému porodu, takže mě v mém rozhodnutí nezrazovala. Až při příjmu v porodnici se mě doktor asi 3x zeptal, jestli chci rodit vaginálně, a to mi přišlo, že ten by chtěl spíše udělat toho císaře. Gynekoložka to se mnou nějak neprobírala, ta spíš řešila, že mi našli nějakou přepážku.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí rodit vaginálně – gynekolog, internet, známí..?

Vyptávala jsem se hlavně v kurzu, a také jsem o tom s touto porodní asistentkou diskutovala. Na internetu jsem moc nepátrala, protože to na mě nepůsobilo důvěryhodně, může tam psát kde kdo.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Rodila jsem poprvé.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Přišlo mi, že celé těhotenství bylo zvláštní. Měla jsem tam tu přepážku, takže jsem chodila co tři týdny na kontroly. Malá měla hlavičku pořád na jedné straně, asi tam neměla moc prostoru a nemohla se tam točit. Potom se jim také zdálo, že se malá vyvíjí nesouměrně, že má menší hlavu a dlouhé nohy. Ale vyloženě jen kvůli tomu, že byla koncem pánevním, to ne.

Jak probíhal Váš porod?

Doma mi odtekla plodová voda. Vyšel mi pozitivní stěr z pochvy na streptokoka, takže mi doktorka už předem říkala, že po odtoku vody nemám doma moc otálet z důvodu rizika vzniku infekce. Doma jsem se ještě nahřála ve vaně. Po 2 hodinách jsme se vydali do porodnice, kam jsme dorazili bez nějakých významných bolestí, voda pořád odtékala. V sedm hodin sem začala cítit větší tlak v podbřišku a zádech, pomalu se to začalo stupňovat. Nepřišlo mi to jako bolest, spíše jako tlak, z čehož jsem byla překvapená. Potom jsem šla do sprchy, kde přišly už velké tlaky, z kurzu jsem však byla naučená netlačit, dokud mi to nepovolí porodní asistentka. Kolem deváté jsem šla do sprchy a za hodinu a půl jsem porodila. Nohy jsem měla v těch držácích a rukama jsem se zapírala o lůžko, což mi pomohlo. Přišlo to všechno strašně rychle, vůbec jsem to nevnímala jako bolest, ale spíš takový zvláštní tlak. Nakonec mi i poloha na zádech vyhovovala.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte?

Přítel mi po porodu říkal, že si při porodu zadečku, myslel, že se nám rodí hroch, protože ho měla úplně modrý. Ale to se ztratilo.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

I když jsem původně nechtěla, tak se vše odehrálo tak rychle, že jsem nic nestihla říct a nastříhli mě. Nevím, jestli to tak bývá normálně, ale hodně dlouhou dobu po tom porodu, člověk cítí, že to tam je po sešití jiné. Už to není tak pružné a i při pohlavním styku cítím, že to tam je jiné, není to příjemné.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Ano, určitě. Možná bych to zvážila, kdybych měla chodit znovu na tak časté kontroly jako teď nebo kdyby miminku odhadovali váhu vyšší než 4 kg. Na základě první zkušenosti bych do toho šla znovu, byla jsem maximálně spokojena jak s průběhem porodu, tak s personálem v nemocnici.

Rozhovor s rodičkou D

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Věděla jsem to asi od 35. týdne těhotenství, ale to mi gynekolog řekl, že se může ještě otočit. Měla jsem z toho strašný strach, takže jsem doufala, že se otočí a neotočila.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Můj gynekolog mi vůbec nic neřekl, řekl mi že, se domluvíme v rizikové poradně, kam jsem chodila na další kontroly. Skoro na každé prohlídce, jsem se ptala na císařský řez, ale doktorka mi řekla, že rodím už potřetí a že mé porodní cesty už jsou nachystané, takže by to mělo být v pořádku. Dále mi řekla, že při poloze koncem pánevním, umožňují císaře jen prvorodičkám a pokud by došlo k nějaké komplikaci, tak se to řeší až přímo na porodním sále akutním císařem.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí rodit vaginálně – gynekolog, internet, známí..?

Přečetla jsem si spoustu článků. V diskuzích na internetu to byly spíše takové horory. Když už jsem chodila do rizikové ambulance, tak jsem si zašla na konzultaci za svým gynekologem a ten mě hodně uklidnil. Řekl mi, že tento porod není až tak odlišný od porodu hlavičkou a navíc, že to v porodnici, kde jsem měla родit, umí.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Ne, ty předchozí dva byly hlavičkou, takže jsem vůbec nevěděla, do čeho jdu. Měla jsem opravdu strach.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Stejně jako ty předchozí, ale měla jsem strach z porodu.

Jak probíhal Váš porod?

Ještě doma, kolem šesté hodiny mi začaly kontrakce po 5 minutách. Než jsme dorazili do porodnice, tak uběhly dvě hodiny a kontrakce byly stále zhruba co 5 minut. Poslední hodinu před porodem jsem prosila, aby mě vzali na císaře, ale to už nešlo. V porovnání s předchozími porody, to bylo strašně bolestivé, byl to horší porod. Taky jsem musela tlačit na povel a ne, když mě to nutilo. Zkoušela jsem i polohu v kleče, ale kontrakce se mi zdály

bolestivější, než předtím na zádech. Po porození tělíčka mi do žíly píchli Oxytocin. Na poslední kontrakci jsme čekali strašně dlouho, předtím jsem měla kontrakce strašně často. Všude jsem četla, že porod hlavičky je nejhorší část tohoto porodu, ale mě se nezdálo, to už mi přišlo jako nic oproti tělíčku. Měla jsem také úžasnou porodní asistentku, která mě ve fázi mého největšího zoufalství dokázala zkoncentrovat a povzbudit, abych to zvládla.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte?

Přes celou jednu půlku měla modřinu.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

Nástřih mi nedělali, ale sama jsem se natrhla. Sestřičky na oddělení mi pak říkaly, že to mám pěkné, jako nastřížení.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Znovu bych už koncem pánevním nerodila. Byl to sice rychlý porod, ale pro mě strašně bolestivý. A navíc jsem měla celý porod strach, aby se něco nezkomplikovalo.

Rozhovor s rodičkou E

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Malá tak byla otočena už od začátku, spíše jsme čekali, až se otočí dolů hlavičkou. Paní doktorka mi říkala, že je ještě stále čas a potom, ve 34. týdnu těhotenství mi řekla, že už se nejspíš neotočí. Já jsem ale pořád doufala, že se přetočí, i spousta mých kamarádek mi říkalo, že se jejich děti přetočily až v den porodu nebo 14 dní před termínem.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Na začátku 38. týdne těhotenství mě má gynekoložka poslala do rizikové ambulance porodnice, kde jsme měli konzultovat způsob mého porodu. Má gynekoložka mi sdělila pouze, že jsou pro tento porod stanovené určité podmínky, jako je váhový odhad miminka, nesmí se přenášet a tělesná konstituce rodičky, více to prý však zhodnotí v ambulanci porodnice. Zde mi doktorka dávala na výběr spontánní porod nebo císařský řez, s tím, že váhový od-

had miminka je malý a mohla bych rodit vaginálně. Doktorka se přikláníla spíše spontánnímu porodu, ale rozhodnutí nechala na mě. Kvůli strachu jsem se rozhodla pro císař. Za týden jsem měla termín operace, ale pořád jsem byla trochu na vážkách. Nějak podrobně mě neinformovali, spíš jen tak všeobecně, že po spontánním porodu se tělo lépe vzpamatuje, než po císařském řezu a budu dříve schopna pečovat o miminko. Řekli mi také, že v případě jakékoliv komplikace by byl porod ukončen císařským řezem, ale nějak podrobněji jsme to nerozebírali.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí rodit vaginálně – gynekolog, internet, známí..?

Hodně jsem si nadčítala informace z internetu, kde se všichni přikláníli většinou k císařskému řezu. Nějak dopodrobna jsem to ale nestudovala, protože jsem měla strach, že se ještě více vystraším. Zjišťovala jsem důvody proč jít do císaře, protože mi ho všichni doporučovali, ale mě přišlo lepší porodit normálně. Kamarádky, které už rodily (ale ne koncem pánevním), mě spíše strašily. Někdo mi říkal, že takto porodil úplně bez problémů, tak to jsem si říkala, že by pro malou i pro mě bylo určitě lepší si projít normálním porodem. Chtěla jsem také zažít ten pocit, kdy mi dají malou na břicho a budeme spolu, tak jsem si říkala, že se mi i lépe rozjede kojení, ale hlavně jsem se strašně bála narkózy. Rozhodla jsem se sice pro císař, ale v duchu jsem si říkala, že kdyby se porod rozjel, tak bych možná uvažovala o tom, že to zkusím. Porod bych si vyvolávat určitě nenechala. Měla jsem strach z obojího.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Rodila jsem poprvé.

Jak probíhal Váš porod?

V ten den mi v 7 ráno odtekla plodová voda a říkala jsem manželovi, jestli mi teda vůbec udělají toho císaře, když jsem na něj měla jít až za 3 dny. Ještě při cestě do porodnice jsem si myslela, že porodím císařem. Když jsme dorazili do porodnice, tak jsem ještě neměla kontrakce. Paní doktorka mi řekla, že jsem sice objednaná na císaře, ale jestli nechci zkusit porodit spontánně. Na to jsem tedy řekla, že ne a paní doktorka mě ještě vyšetřila. Řekla mi, že jsem bez kontrakcí otevřená už na 5 centimetrů a to byl asi ten zlom. Měla jsem už půlku porodu za sebou a ještě mě nic nebolelo, kdybych už měla nějaké šílené kontrakce, tak bych do toho asi nešla. Pořád jsem ale nebyla úplně rozhodnutá, lékařka mi řekla, že když nemám kontrakce tak počkáme třeba půl hodiny po tom, co mi dají klystýr a potom mě vyšetří. Pokud by se porod posunoval tak mi dala na výběr se rozhodnout. No a po klys-

týru mi začaly kontrakce po 10 minutách a po vyšetření mi řekli, že je můj porod ukázkový, tak jestli nechci zkusit porodit spontánně. V tom momentě jsem se teda rozhodla, že ano. Strašně dlouhá mi přišla ta chvíle po tom, co jsem byla úplně otevřená, ale malá se potřebovala projít ještě níže porodními cestami. Nevěděla jsem, co mám dělat, jestli jsem udělala dobře, ale pak jsem si řekla, že kdyby bylo něco špatně, tak doktoři určitě vědí, co mají dělat. Po celou dobu, co jsem se otvírala, jsem byla na čtyřech, z čeho se mi potom už klepaly nohy a bolely ruce. Na samotný porod jsem se chtěla přetočit na záda, protože jsem byla už strašně vyčerpaná. Ze začátku jsem tlačila, jak mě to nutilo, ale potom mi museli píchnout oxytocin, protože mi úplně přestávaly kontrakce. Nejhorší fází pro mě bylo, když se tam najednou seběhlo strašně moc lidí, v tu chvíli jsem se strašně lekla, jestli se něco neděje, to bylo v závěru porodu, chtělo se mi z toho brečet. Četla jsem si, že pokud jde dítě zadečkem, tak se tam může zaseknout hlavička, ale překvapilo mě, že jsem ani necítila, jak jsem jí vytlačila a malá byla najednou venku celá. Bylo to neuvěřitelné.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte?

Na pravé půlce zadečku měla modřinku.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

Sice mě nastříhávali, ale říkali, že jen malinko, nevím nemůžu to nijak zhodnotit. S hojením zatím nemám potíže.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Ano jsem strašně ráda a rozhodla bych se takto znova. I když mi během porodu docházely síly a chtěla jsem to vzdát tak si myslím, že bych to zvládla určitě znova. Zažila jsem už horší bolest. Překvapilo mě, že jsem byla hned po porodu schopna a funkční.

ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER VIAS NATURALES V POLOZE NA ČTYŘECH

Rozhovor s rodičkou F

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Kolem 30. týdne těhotenství mi můj gynekolog řekl, že je malá napříč, takže v tomto případě nehrozí přirozený porod. Poté jsem cítila, jak se otočila a byla jsem nadšená. Doktor mi

však na prohlídce řekl, že tam sedí zadkem, a tak mě poslal na další kontroly již do ambulance rizikového těhotenství. Nějak jsem to nehrotila.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Císařský řez mi nenabídl. Já jsem chtěla родit normálně, protože si myslím, že je to pro mě i dítě lepší, než se nechat kuchtat. Takže jsem se ho hned ptala, jestli je možné porodit vaginálně a on mi řekl, že ano, protože mám širokou pánev a je to mé druhé dítě. Řekl mi, že pokud malá nepřeroste nějaké určité rozměry tak by s tím prý neměl být problém. Vůbec mě nezrazoval od mého záměru, spíše mě podporoval.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí родit vaginálně – gynekolog, internet, známí..?

Dívala jsem se na internet a tam jsou o tom psané dost negativní věci, ale ne všude. A lidé z okolí... mamka a tchýně mi říkaly, ať tak nerodím, ať jdu na císaře. Ale já byla rozhodnutá, že chci родit vaginálně a hotovo.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Asi určitě, protože i můj gynekolog, i v porodnici mi řekli, že jako prvorodičce by mi takový porod nedovolili.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Normálně, akorát kontroly ke konci těhotenství byly častější. Problém byl, že jsem měl termín v půlce prosince, a když jsem nezačala родit, tak ze mě byl personál v porodnici už celkem nervózní. Už od začátku prosince, což bylo skoro 2 týdny před mým porodem, mi nabízeli vyvolání, s čímž jsem já teda nesouhlasila. Přistoupila jsem na to až před svátky, a to z důvodu, že jsem věděla, že to bude komplikovanější a všichni už se na mě chystají. Nechtěla jsem, aby byli naštvaní, kdybych tam přijela v půlce svátků.

Jak probíhal Váš porod?

Jak už jsem říkala dříve, termín jsem měla v půlce prosince a porodila jsem až ke konci prosince. Mezitím co jsem chodila na kontroly, tak jsem byla otevřená už na 4 cm a během kontrol se to neměnilo a bylo to pořád stejné. U porodu jsem měla také soukromou porodní asistentku, z důvodu, že jsem tam chtěla mít někoho, kdo má autoritu, tudíž když řekne, bude to takhle tak to tak bude, což se mi i splnilo. Porod probíhal tak jak jsem si představovala, nikdo mě do ničeho netlačil. Vtipné je, že mi říkali, že koncem pánevním by se měli

rodit spíše menší děti do 3,5kg a malá se narodila čtyř kilová. Porod mi vyvolávali, takže mi ráno zavedli tabletku a do 9 se nic nedělo. Nebo nic, rozjížděly se mi kontrakce. Zhruba hodinu před porodem, jsem byla ve vaně, kde mi kontrakce dost zesilovaly. Tam mi také odtekla plodová voda, čehož jsme si skoro ani nevšimli. Pak jsem teda přešla na porodní lůžko. Mezitím jsem do sebe nalila 2 kafe, protože mám problémy s nízkým tlakem, jinak omdlívám, i když mi říkali, že to není povolené. Chtěla jsem родit na čtyřech, protože jsem měla z internetu načteno, že poloha na zádech není nejvhodnější a doktorka, která měla zrovna službu, mi to umožnila. Je to super poloha, kdybych to věděla i u prvního porodu, tak jí volím taky. Potom jsem třikrát zatlačila a malá byla venku, a to nebyla žádný drobeček.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte?

Malá neměla vůbec nic. Byla v pořádku, po porodu ani nebrečela, jen tak mrčela.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

Při porodu mě ani nenastříhli, měla jsem jen nějakou malou oděrku, o které teď ani nevím.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Určitě ano, jsem ráda. Sice tlak okolí nerodit spontánně, ale císařem byl velký, ale ustála jsem to a v pořádku porodila. Nedokážu si představit, že bych šla na císaře, což je podle mě docela velká operace a potom byla v uvozovkách třeba měsíc mimo provoz. Kdyby mi ale řekli, že bude mít malá 4kg tak bych možná couvla.

Rozhovor s rodičkou G

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Malá byla od začátku hlavičkou dolů a potom v období, kdy se mimča většinou přetáčejí do polohy hlavičkou, to udělala naopak a přetočila se do polohy zadečkem. Potom už tam byla celou dobu. Nevzpomínám si, v kterém týdnu jsem se to dozvěděla.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Má gynekoložka mě poslala do ambulance rizikového těhotenství. Doktorka v této ambulanci mi řekla, že počkáme a potom uvidíme, ale potom, že budu rodit normálně. Řekla mi jen, že kdybych nechtěla rodit normálně tak můžu na císaře, ale to jsem já zase nechtěla. Měla jsem z jejího jednání a z ní samotné divný pocit. I při vyšetření byla nešetrná, už jsem k ní nechtěla jít. Probírala jsem to s porodní asistentkou z kurzu, a ta mě odkázala na úžasnou paní doktorku. Ta mi vše vysvětlila, ukázala mi, jak to probíhá, řekla mi o rizicích tohoto porodu. Obeznámila mě úplně se vším!

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí rodit vaginálně – gynekolog, internet, známí..?

Nejvíce asi paní doktorka, kterou mi doporučila má porodní asistentka z kurzu. Paní doktorka je strašně pozitivní člověk a vysvětlila mi, že i tenhle porod je vlastně úplně normální. Předtím jsem z toho měla strašný strach, protože mě všichni strašili. Na internetu je jen samá kritika a špatné recenze, zkušenosti. Nenašla jsem snad ani jednu pozitivní věc týkající se konce pánevního. Bavila jsem se ještě se známými, které rodily koncem pánevním, a ty byly spokojené.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Možná ano. Ze začátku jsem sice chtěla jít na císař, aby se miminku nic nestalo, ale potom jsem si říkala, že kdo ví jak dlouhou dobu budu použitelná. Navíc už jsem měla jeden porod za sebou, takže to mě určitě ovlivnilo.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Vzhledem k tomu, že v době, kdy jsem otěhotněla, jsem měla doma již dvouletého syna, tak jsem neměla čas to nějak řešit. I doma jsme měli hodně práce, takže jsem se tím nějak nezaobírala. Normální těhotenství.

Jak probíhal Váš porod?

V ten den jsem měla už takové menší bolesti zhruba po hodině a ráno jsem ještě byla na kontrole u paní doktorky, která mi řekla, že to už během jednoho nebo dvou dnů bude. Do porodnice jsme přijeli už v 10 večer a to jsem kontrakce měla už po 5 minutách. Potom to ale nějak ustalo a do rána se skoro nic nedělo. Kolem osmé ráno mi odtekla voda, paní doktorka mě vyšetřila, porodní asistentka mě dala do polohy na čtyřech. A řekla mi, že to ještě tak 5-10 minut potrvá, než budeme moct začít tlačit. Najednou jsem cítila, jak mě tlačí nožka, jakoby si jí tam malá prokopla. Bylo to hodně bolestivé. Měla jsem strach, že budu muset na císaře. Paní doktorka mi udělala ultrazvuk a myslím, že volali

i na sál, kvůli císaři. V té chvíli jsem už měla strašné nutkání tlačit, ale bála jsem se, abych malé něco neudělala. Nikdo s personálu s námi v tu chvíli nebyl a já cítila, jak ze mě vylezla nožka. Manžel zavolal doktorku a porodní asistentku a pak to bylo strašně rychlé. Po jedné kontrakci byla malá venku po tělíčko a vzápětí už jí paní doktorka chytala celou do rukou. Myslím, že ta poloha na čtyřech tomu moc pomohla, protože jsem se najednou uvolnila a po chvíli jsem potřebovala tlačit. Nechtěla jsem, protože jsem tam byla jen s manželem a nevěděla, jestli už je ta správná chvíle, ale tělo jakoby to chtělo samo, nešlo to ovládat.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte?

Myslím, že neměla vůbec nic. O ničem mi neříkali.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

Nenastřihávali mě, ale měla jsem myslím nějakou oděrku. Za pár týdnů jsem ani nevěděla, že jsem rodila.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Ano určitě. S císařským řezem jsem se nemohla smířit, takže jsem ráda, že jsem byla odkázána na paní doktorku, díky které jsem ztratila všechny obavy, a tak jsem si splnila normální porod.

Rozhovor s rodičkou H

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Moje gynekoložka mi řekla, že je malá otočená zadečkem. Byla jsem překvapená. Ptala jsem se jí, jaké jsou možnosti a na to mi řekla, že buďto císařský řez, spontánní porod, pokud nebude miminko moc velké nebo přetočení. Otočení jsem se bála, kvůli zamotání pupěční šňůry a na císař jsem taky nechtěla jít, přece jen je to operace, měla jsem strach. Stále jsem si myslela, že se přetočí, až zhruba týden před porodem jsem si řekla, že to tak asi nebude.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Měsíc před termínem porodu jsem chodila do ambulance na porodnici a tam byly super paní doktorky. Řekly mi, že mám ještě čas, ať se rozmyslím, jak chci родit, nechaly to na mě. Když jsem jim řekla, že chci родit spontánně, tak mě strašně podporovaly. Myslím, že mi řekly vše podstatné, co jsem potřebovala v tu chvíli vědět, hlavně to, že kdyby nastaly komplikace, tak je možnost udělat akutní císař, ale ať se nebojím, že vše bude v pohodě. A já do toho porodu šla taky s tím, že bude vše v pořádku.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí родit vaginálně – gynekolog, internet, známí..?

Mám zásadu, že na internetu takové informace vůbec nevyhledávám. Samozřejmě tlak okolí byl velký, všichni mi říkali, jak budu po tomto porodu roztrhaná a nevím co. Hodně mi daly návštěvy v poradně na porodnici, kde mě paní doktorky hodně podporovaly.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Rodila jsem poprvé.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Normálně, nepřišlo mi, že by to doktoři nějak řešili. Vše bylo v pořádku.

Jak probíhal Váš porod?

Nějak v 17 hodin mi praskla voda a o půl šesté už jsme byli v porodnici. Rodila jsem myslím 8 hodin. Po jedné hodině byla malá na světě. Když to беру zpětně, tak byla první polovina té doby, kdy jsem se otevírala nejlepší, i když v té chvíli se mi zdálo, že to snad už horší být nemůže. Potom byly bolesti hrozné, ale přišlo mi to už rychlejší. Když jsem mohla začít tlačit, tak už to byla taková úleva. Pro porod mi byla doporučena poloha na čtyřech, tak jsem jí zkusila, protože v tu chvíli mi bylo vše úplně jedno. Vyhovovala mi, protože když jsem tlačila, tak mi někdo tlačil do půlek a to mi pomohlo vyvinout větší sílu. Když už jsem porodila nožky, tělíčko a ručky, tak mě přetočili na záda, protože vytlačení hlavičky mi trvalo trochu déle, než by asi mělo. Už mě vše tak bolelo, že jsem nevěděla, kdy mám kontrakci, a tudíž jsem i špatně tlačila. Potom jsem měla strach, protože malá byla potichu. Potom se ale rozkřičela, snad nejvíc, ze všech dětí co tam v tu chvíli byly.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte?

Na zadečku měla modřinu a teď chodíme na rehabilitace, protože nemá v ose zadeček, preferuje jednu stranu.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

Během porodu jsem se natrhla a během šestinedělí mi tam našli cystu, nevím, jestli po šití. Ale teď je vše v pořádku.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Jsem ráda, že jsem to zvládla a nenechala se přemluvit ostatními, hlavně z řad rodiny a kamarádů na císaře. Kdyby nastala tato situace znovu a nebyly by nějaké komplikace, vybrala bych si opět spontánní porod.

Rozhovor s rodičkou CH

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

To už si úplně nepamatuji, ve kterém týdnu těhotenství mi to řekli. Nějak jsem to neřešila, říkala jsem si, že je pořád ještě čas a do poslední chvíle jsem doufala, že se otočí.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Císařský řez mi můj gynekolog nenabídl vůbec, spíše se mě snažil směřovat ke spontánnímu porodu. Řekl mi, že vzhledem k mé pánvi a tomu, že bude malá drobnější, by pro mě neměl být normální porod problém. Nějaké podrobnější informace mi nedal, a když jsem se na něco zeptala, tak mě spíš jen uklidnil, že mám dobrou pánev a malá bude drobná.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí rodit vaginálně – gynekolog, internet, známí..?

Moje mamka mi pořád říkala, ať jdu na císaře a ještě do tohohle zapojila švagrovou, takže mě to dost nahlodávalo. Něco málo jsem si hledala na internetu, ale tam jsou spíše negativní věci, bylo tam většinou doporučení na císaře. Ale já jsem chtěla rodit normálně, kvůli tomu, aby se rozběhly všechny ty hormony a aby to všechno proběhlo přirozeně, tak jak má. Tlak to byl velký.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Rodila jsem poprvé.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Těhotenství bylo v pořádku, nepřišlo mi, že by něco víc řešili.

Jak probíhal Váš porod?

Kontrakce mi začaly asi v 6 ráno, ale pořád jsem nevěděla, jestli to je ono. Chtěla jsem jet ke svému gynekologovi, ale ten toho dne zrovna neordinoval. Volala jsem manželovi, a ten mi řekl, ať si mezitím, než on přijede, zajdu do vany, ale já se bála, že by mě odtud už potom nedostal. O půl třetí jsme přijeli do porodnice. Když viděli, jak se ještě usmívám, tak mi řekli, že dnes ještě rodit nebudu a po vyšetření zjistili, že už jsem otevřená na 9 cm. Potom jsem byla zhruba hodinu a půl na kapačce a malá byla o půl páté na světě. Při tlačení jsem cítila, jak se porodily nožičky, tak nějak to „brnklo“ jak se narovnaly a byly venku. Ale že už je konec a malá je venku jsem už nepoznala. O poloze na čtyřech mi řekly paní doktorky, které měly zrovna služby. Tahle poloha mi vyhovovala, protože už v těhotenství jsem si hodně klekala na čtyři (doufala jsem, že se malá otočí), takže jsem na tu polohu byla zvyklá. Ta klasická poloha mi přijde nepřírozená, musíte při ní tlačit jakoby do kopce.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte?

Měla modřinku na zadečku.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

Nenastřihávali mě, ale nějaké drobné uvnitř jsem měla, ale v pohodě.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Ano, byla to dobrá zkušenost. Čekala jsem, že to bude víc bolet, ale nebylo to tak hrozné. Kdyby mi po porodu někdo řekl, že jdu za měsíc rodit znovu, tak bych do toho klidně šla.

Rozhovor s rodičkou I

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Při první zprávě, že je miminko uložené hlavičkou dolů (bylo to možná kolem 32. týdne) jsem neustále věřila, že se otočí. Ale jak běžel čas, miminko rostlo, místa v břiše ubývalo

a šance, že se otočí, byla čím dál menší. Ale v mém okolí byli i lidé, kteří říkali, že se někomu známému miminko otočilo i v tak pokročilém stupni těhotenství, ba dokonce těsně před porodem. Doufala jsem, naděje umírá poslední. Chtěli jsme mu dát jméno Petr (což v překladu znamená skála) a já s úsměvem říkala, že on je pevný jako skála a že je tam tak uhnížděný a nepohne se. Kamarádka mi říkala, že miminko ví, proč je tak uložené, že se nechce otočit.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o rizicích a kladech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Při kontrole ve 36. týdnu těhotenství mi gynekolog oznámil, že na příští kontrolu pojedou již do ambulance porodního sálu. Bylo mi vysvětleno, že porod může nastat kdykoliv, ať si mně tam převezmou do péče a rozhodnou o způsobu porodu. Jelikož pan doktor slouží i v nemocnici, popsal mi porod koncem pánevním, který zrovna proběhl na jeho službě a tak mně i motivoval, že je to možné. Tak okrajově mi byly vysvětleny klady a záporý jednotlivých typů porodu.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí родit vaginálně - gynekolog, internet, známí..?

Při následující kontrole mi paní doktorka navrhla možnost родit přirozeně. Vzhledem k tomu, že jsem čtvrtorodička a porody probíhaly normálně, tak mi říkala, že by do toho se mnou šla. Já jsem souhlasila. Jen jsem měla obavy z velikosti miminka. První dítě je kluk a porodní váha 4002 g, druhý je také kluk (odstup je 16 měsíců), který vážil 4250 g, třetí byla holčička (odstup od druhého miminka 2 roky), která vážila jen 3400 g.

Nynější těhotenství bylo po 3,5 letech, kdy jsem prodělala 1 spontánní potrat v 11. týdnu. Když jsme se dozvěděli, že je to kluk, to byla největší obava. Báli jsme se, že bude opět tak velký, jako ti předchozí. Ale říkali, že miminko nevypadá, že by bylo velké. Byla jsem i na biometrii, ale odhad byl podobný, že není nijak velké.

Známa porodní asistentka a dobrá kamarádka s mým rozhodnutím nesouhlasila a snažila se mi to rozmluvit. Jedna známá mi zase říkala, že kamarádka rodila koncem pánevním a bylo to v pořádku. Další kamarádka taky rodila KP, ale bylo to ve 32. týdnu těhotenství, tak je to trochu jiné, miminko bylo menší. Neslyšela jsem žádný případ, že by porod dopadl

špatně. Na internetu jsem si přečetla spíš názory příklánějící se císařskému řezu a popisovali tam i možné komplikace. Nejvíc jsem se bála situace, že může hlavička uvíznout v porodních cestách.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Ano. Pokud bych byla prvorodička, záleželo by asi zase na porodníkovi, co by mi řekl on za názor.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Do 12. týdne to byly obavy ze spontánního potratu. Ty přetrvávaly zhruba do 20. týdne. Od poloviny těhotenství mně začaly zlobit kyčle a měla jsem problémy s chůzí. Tak jak týdny ubíhaly, byla jsem čím dál míň pohyblivá. K tomu 3 děti ve věku 7 let, 5,5 roku a 3,5 roku. Bylo to náročné období a řekla bych nejnáročnější těhotenství. Kolem 36. týdne už jsem si zase říkala, že asi porodíme dřív. Bylo to takové jiné, zvláštní, netypické těhotenství. Miminko uložené koncem pánevním – to byla nová zkušenost.

Jak probíhal Váš porod?

A tak týdny utíkaly, Vánoce se blížily (termín porodu byl 26. 12.). Čtyři kontroly v porodnici, v intervalu 5 dnů, KTG záznamy, které ne vždy byly dobré a minimálně 2x jsme museli záznam po 3 hod. zopakovat. Vánoce byly za námi a kontrola 27. 12. v pátek, kdy už mi paní doktorka po poradě s kolegyní (obě se o mně staraly při předchozích kontrolách) řekla, že se jim to začíná nelíbit. Říkaly, že tyhle miminka se rodí většinou ve 36. týdně, a tak pokud se porod nerozbehne přes víkend, tak v pondělí přistoupíme k císařskému řezu. V pondělí o půl 8 měl být nástup na porodní sál. Tak jsem měla víkend k tomu, abych se připravila k variantě císařský řez (kamarádky, které byly po císaři mě podporovaly, a říkaly, že to je v pohodě). Přiznám se, že jsem věřící a ke konci těhotenství jsem se modlila Nověnu odevzdanosti, ať je to tak, jak to Bůh chce. Zajistili jsme si hlídání, babička přijela již v neděli večer, s dětmi jsme se rozloučili, ony se rozloučily s miminkem v bříšku a šly spát s tím, že ráno vstanou a mamka s taťkou už tam nebudou. Taky jsme tam nebyli. Asi 23,30 jsem si šla lehnout. Cítila jsem takové pobolívání břicha, tak jsem chvílku počkala. Když jsem si sedla, cítila jsem, jak mi odtekla plodová voda. Vstali jsme, sbalili věci a odjeli kolem půl 1 do porodnice. Během cesty, což je asi 40 min se bolesti zintenziv-

ňovaly a sílily. Při příjmu do porodnice to byly již kontrakce po 3 minutách. Pozitivní bylo, že jsem věděla, že slouží paní doktorka, která se o mě starala a rozhodne, jak se bude dál pokračovat, napadaly mě obě varianty.

Při příjmu sestřička spráskla ruce, když jsme oznámili miminko KP, poslední jídlo a pití ve 22 hodin. Přišla mně vyšetřit mladá paní doktorka, která taky nadšením neoplývala a oznámila, že hmatá nožičku. No, na nic se nečekalo, přišla paní asistentka a přešli jsme na porodní box. Zvláštní bylo, jak jsem cítila při chůzi kopání nožičky úplně téměř v nejnižším místě dole, byl to zvláštní pocit. Mohlo být tak půl 2. Pokud to šlo, postávala jsem u lůžka, později jsem byla na 4 končetinách břichem dolů. To mi vlastně už popsal tehdy pan doktor, že je to jiná poloha než u běžného porodu. Kontrakce sílily a porod byl rozběhnutý. Malý se narodil před 3 hodinou. Konec byl náročný a těžký. Viděla jsem postupně nožičky, pak další kousek tělíčka, kontrakce ustávaly, děloha byla líná více zabrat, a tak asi i po aplikaci intravenózní injekce, myslím, že to byl oxytocin, nic moc. Pomohlo mi, jak mi jedna porodní asistentka zatlačila ze spodní strany na břicho a podpořila břišní lis. Byla to nepříjemná poloha, mám povolené břišní svaly, prý rozestouplé po těch předchozích porodech, tak to šlo hůř. Ale pak nastalo poslední zatlačení s vypětím všech sil a miminko bylo na světě. Byla to strašná úleva. Byla jsem vděčná mému manželovi, který byl u mé hlavy a vše mi vlastně tlumočil od paní doktorky a sestřičky. Porodní váha 3860 g, délka až při propuštění z porodnice 51 cm.

Promítá se poranění vzniklé při porodu do Vašeho nynějšího života?

Poporodní poranění jsem neměla. Ani žádné šití. Zatímco u předchozích porodů tam nějaké šití bylo, tak to bylo příjemné překvapení.

Došlo během porodu k poranění Vašeho dítěte? Jakému?

Byl po porodu modrý, nekřičel. Dětský lékař ho ihned rychle odnesl a prodechl ambuvakem. To už jsme za chvíli uslyšeli šílený křik. Jeho Apgar skóre bylo 2/8/10. Potom na oddělení při vyšetření mi paní doktorka oznámila, že má tortikollis. Ještě v porodnici nás navštívila rehabilitační sestřička a poučila mně, jak ho masírovat a rehabilitovat. Po příjezdu domů nás dětská lékařka odeslala na neurologii a začali jsme cvičit asi v 6 týdnech Vojtovu metodu kvůli hlavičce. Aby ji správně točil na obě strany, aby se to srovnalo. Cvičit jsme přestali v 6 měsících.

Jste spokojena se svým rozhodnutím? Rozhodla byste se stejně?

S manželem jsme nad touto otázkou mnohokrát přemýšleli. Asi ano, rozhodli. Teď už bychom věděli, jak takový porod probíhá. Věřili jsme porodníkům a jejich zkušenostem. První den po porodu jsem začala mít výčitky, když by to nedopadlo, ale dětská lékařka mi říkala, že ani při císařském řezu není jasné, zda ta anestezie nepůsobí na miminko, to mně tak trochu uklidnilo. Navíc jsme si říkali, že jsme byli otevření a připravení na obě varianty porodu a tak to bylo, jak to mělo být. Bylo to náročné, ale stálo to za to. I manžel přiznal, že to byl těžký a náročný porod.

Jsem velmi ráda, že při tomto porodu byla paní doktorka, která mně již znala a já ji, a že to byl zkušený porodník. Počítala jsem i s variantou, že pokud tam bude nějaký méně zkušený porodník, tak by asi přistoupil k císařskému řezu. Myslím, že tuto informaci mi oznámil i můj gynekolog. Bylo by lepší, kdyby byla nějaká profylaxe, jak ten porod probíhá, ta jeho specifika. Možná kdyby mi porodní asistentka, která již zkušenosti s těmito porody má, osobně popsala v čem je to jiné, víc informací, možná bych trochu více věděla, jak to bude probíhat, asi bych byla klidnější.

ŽENY PO PORODU KONCEM PÁNEVNÍM PER SECTIONEM CAESAREAM

Rozhovor s rodičkou J

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Byla jsem v šoku, ani jsem si nepřipouštěla jinou variantu, než že bude hlavičkou. Ve 27. tt jsem byla hospitalizovaná s podezřením na apendicitidu, ale to byla chlapečkova hlavička.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o rizicích a kladech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Gynekolog měl cca 10min monolog jak vypadá porod KP. Sdělil mi, že sám takový porod viděl jen jednou, žena si musí pomoci sama, jediný moment je při porodu hlavičky pomoc při držení tělíčka. Rizika i klady jsme probrali, řekl mi, že vzhledem k věku by ani spontánní porod(pokud by byl hlavičkou) nedoporučoval. Byla jsem překvapená, celé těhotenství jsem se připravovala na spontánní porod.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí rodit císařským řezem - gynekolog, internet, známí..?

Ovlivnilo mě pouze to, že jsem nechtěla při spontánním porodu ohrozit chlapečka. Pomalu jsem se smiřovala se SC.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Rodila jsem poprvé.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Nádherné období!!!! Jen jsem měla dráždivou dělohu, byla po 3 potratech, tak jsem se dost šetrila. Po 27. tt jsem se šetrila maximálně, mým jediným cílem bylo donosit. Syn se narodil 39+3 a měl 3540g

Promítá se poranění vzniklé při porodu – jizva po císařském řezu – do Vašeho nynějšího života?

Ne. Jen se mi na jizvu moc dobře nesaáh, nemám ji rozmasírovanou.

Došlo během císařského řezu k poranění Vašeho dítěte?

Ne

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Ano. Sice rekonvalescence byla náročná, ale můj syn je zdravý a to je to nejdůležitější!

Rozhovor s rodičkou K

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Už si nepamatuji, ve kterém to bylo týdnu, ale říkala jsem si, že je ještě čas, aby se přetočilo. Takže jsem tomu nějak nevěnovala pozornost.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Můj gynekolog mi sdělil, jaké jsou varianty porodu, ale že způsob se mnou bude řešen až v porodnici. Od 37. tt jsem byla zaslána na prohlídky do porodnice, kde se mnou měl být způsob porodu konzultován. Tam na mě bohužel koukali jak na blba (když to tak řeknu), že poloha koncem pánevním není důvod k císařskému řezu, a že tady se rodí dobře tímto způsobem. Já už byla v té době rozhodnutá pro císařský řez.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí rodit císařským řezem - gynekolog, internet, známí..?

Rozhodla jsem se sama, protože se necítím na to, že bych zvládla tento obtížný způsob porodu. Dále kolegyně v práci dělala hrdinku, že bude rodit koncem pánevním a 20 hodin tlačila a nakonec v totálním vyčerpání jí stejně museli udělat císařský řez.

Jinak jenom taková věc, že v porodnici mě nijak neinformovali o ničem, spíš mi jedna doktorka rozmlouvala porod císařem (jako bych byla nějaká divná, že to chci) a myslím, že to dělají kvůli tomu, že většina žen je opravdu nastudovaná z internetu! I když já bych za nějakou informaci byla ráda. Nakonec jsem musela taky na internet.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Rodila jsem poprvé.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Mé těhotenství bylo úplně super, bez jakýchkoliv problémů. Až poslední měsíc jsem si to v podstatě uvědomovala pořádně, když jsem nechodila do práce a břicho už bylo dost velké.

Promítá se poranění vzniklé při porodu – jizva po císařském řezu – do Vašeho nynějšího života?

Ne. Jizva je tak nízko, že není při běžném oblečení vidět, ani mě nebolí.

Došlo během císařského řezu k poranění Vašeho dítěte?

Naše miminko bylo bez jakéhokoli poranění a je to velký krasavec.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Já jsem maximálně spokojená a nerozhodla bych se jinak. I po porodu, když jsem viděla, jakým způsobem tam byl malý poskládaný, tak si nejsem jista, že by běžný porod proběhl v pořádku. V žádném případě bych nechtěla ohrozit sebe nebo miminko, aby došlo k nějakým komplikacím při běžném porodu. Proč to řešit zbytečně složitým způsobem a trápit sebe nebo ohrožovat mimčo.

Rozhovor s rodičkou L

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Dozvěděla jsem se to zhruba ve 34. týdnu těhotenství, ale gynekolog říkal, že se to ještě může změnit. Každý týden mi potvrzoval, že se nic nezměnilo a malá je pořád zadečkem. Obřečela jsem to, protože jsem chtěla родit přirozeně.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Můj gynekolog mi doporučil císaře, vzhledem k tomu že jsem byla prvorodička. Odkázal mě však do rizikové ambulance v porodnici. Tam mi dali týden na rozhodnutí, jestli chci родit spontánně nebo císařem.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí rodit císařským řezem - gynekolog, internet, známí..?

Na internetu jsem si nic nehledala. Nejsem ten typ, co si všechno nadčítá na internetu a myslím, že mnozí lékaři si to v dnešní době neuvědomují, že všechny ženy nejsou stejné. Bylo to pro mě těžké, protože jsem nebyla skoro vůbec informována. Musím však říct, že mě ovlivnili rodiče, kteří jsou lékaři a konzultovali to s porodníky z jiných porodnic. Překvapilo mě, že se hodně porodníků, pracujících na vedoucích pozicích, přiklání k císaři.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Rodila jsem poprvé.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Mé těhotenství bylo úplně bez problému.

Promítá se poranění vzniklé při porodu – jizva po císařském řezu – do Vašeho nynějšího života?

Ne.

Došlo během císařského řezu k poranění Vašeho dítěte?

Kromě šišaté hlavičky, kterou asi nezpůsobili při operaci a kyčlí, na které používáme široké balení ne.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Ano, rozhodla. Chtěla jsem si sice za každou cenu prožít spontánní porod, obřečela jsem to, ale poté co mi řekli, že malá začíná mít méně plodové vody a placenta už prý také nebyla v nejlepším stavu, tak jsem si uvědomila, že to není jen o mě, ale také o miminku. Při císaři jsem měla alespoň spinální anestezii, abych mohla být s malou v kontaktu. Byl to zajímavý zážitek, ne že nepříjemný, ale slyšíte vše, co si říkají, vidíte nástroje, slyšíte stříhat, když vyndávali malou tak to se mnou škubalo, ne že by lehce vyklouzla. Nedoporučovala bych to slabším povahám.

Rozhovor s rodičkou M

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

Byla jsem překvapená a zajímalo mě řešení nastalé situace. I to jestli to nemůže nějak ohrozit dítě. Poloha plodu koncem pánevním mi byla zjištěna cca kolem 31.- 32. týdne těhotenství.

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Bohužel má gynekoložka se mnou o situaci příliš nehovořila. Paní doktorka mě uklidňovala slovy, že miminko má pořád ještě dost času se otočit. To byla její veškerá slova. Když už čas na otočení nemělo, tak mi řekla, že můžu родit přirozeně nebo císařským řezem. Ale ať se připravím na to, že kdyby porod začal dříve, tak budu родit přirozeně, ať se rozhodnu jakkoliv, což mě docela polekalo. Víceméně o rizicích ať přirozeného porodu, nebo porodu císařským řezem, se mnou nemluvila. Veškeré informace jsem hledala na internetu. Až později mi třeba můj pediatr řekl, že jsem udělala dobře, že jsem zvolila císařský řez. Prý porody koncem pánevním bývají komplikované obzvláště u prvorodiček a děti se můžou narodit přidušené. Rodila jsem v 39 týdnu plánovaným císařským řezem.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí родit císařským řezem - gynekolog, internet, známí..?

Od každého něco. Spoustu informací jsem získala na internetu. Určitou roli sehrála rodina a musím přiznat, že vzhledem k tomu, že jsem byla prvorodička, tak velkou roli sehrál i strach z přirozeného porodu.

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Rodila jsem poprvé.

Jak jste vnímala své těhotenství?

Celé těhotenství jsem měla, jak se říká pohodové. Nebylo mi nějak zvlášť špatně, vše bylo v pořádku, neřekla bych, že by bylo nějak náročné. Zdálo se mi trochu dlouhé, ale když se na to podívám zpětně, jako bych ani těhotná nebyla.

Promítá se poranění vzniklé při porodu – jizva po císařském řezu – do Vašeho nynějšího života?

Ze začátku jsem necítila podbřišek na dotek a při smíchu, zatínání břicha jsem pociťovala lehkou bolest, pnutí, nic dramatického. Kromě toho, že jde jizva vidět, nemůžu říct, že by to nějak ovlivnilo můj život, nebo zdravotní stav.

Došlo během císařského řezu k poranění Vašeho dítěte?

Ne nedošlo.

Jste spokojena se svým rozhodnutím?

Své rozhodnutí za dané situace bych určitě neměnila. Já i dítě jsme byli v pořádku. Možná jsem měla štěstí, ale neměla jsem problém s kojením a ani dítě nemělo problém se k prsu přisát. Jediné co možná přisuzuji jako negativní vliv císařského řezu, je to, že se mi miminko zdálo ze začátku přecitlivělé plačtivé, ač nemělo zjevnou příčinu k pláči (nakrmené, přebalené, zdravé, bez horeček a jiných obtíží), ale to může být jen má domněnka.

Rozhovor s rodičkou N

Ve kterém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že je Vaše dítě v děloze uloženo koncem pánevním a jak jste reagovala?

První pocit zatím nijak výrazný nebyl, protože mi to řekl v cca 33 tt. A to jsem si byla jistá, že se určitě otočí (že má na to ještě dost času).

Jaké bylo další počínání Vašeho gynekologa? Byl Vám ihned nabídnut porod císařským řezem? Byla jste informována o kladech a záporech vaginálního porodu/ císařského řezu?

Můj gynekolog tyto věci nechává čistě na porodnici, kterou si vyberu. Čtrnáct dní před termínem jsem nastoupila k prohlídkám v porodnici. Přišla jsem k prohlídce a byla tam paní doktorka, která potvrdila, že je malý pořád koncem pánevním. Tak se mě zeptala, jak to já vidím. Já ji říkala, že jsem nachystaná na císařský řez (jestli si teda můžu vůbec říct) a ona říkala, že můžu sdělit svůj názor, ale vlastně mě přesvědčovala, že koncem pánevním se rodí běžně přirozeně, že se toho nemám bát atd. Já se nenechala. Ještě jsme udělali ultrazvuk, i po něm mi doporučovali běžný porod. Říkali, že po císaři se budu léčit ½ roku, a po spontánním porodu jen chvíli.

Co Vás ovlivnilo ve Vašem rozhodnutí rodit císařským řezem - gynekolog, internet, známí..?

Nejvíc já sama – tak nějak jsem cítila, že to tak má být. A i potom to, že mé všechny známé co měli konce pánevní a rodily přirozeně, tak to bylo šilené, měly různé komplikace a hlavně pro miminka (naštěstí jsou zdravé, ale zažili hrozné chvíle).

Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno předchozím porodem?

Malinko, můj první porod byl, že mi praskla voda a až po 24 hodinách jsem rodila. Ale i tak, přes kapačky a nic nešlo přirozeně, museli mi dát tabletku na otvírání i injekci - no různě mi pomáhali. Už jsem potom cítila, že půjdu stejně na císaře, ale díky velice šikovné asistentce jsme to roztlačili a dopadlo to dobře!!!

Jak jste vnímala své těhotenství?

Každé mé těhotenství bylo úžasné!!! V tomto těhotenství jsem měla okolo 8 měsíce komplikace, tvrdlo mi břicho. No, a když jsem věděla, že je zadeček dolů, tak jsem pořád hledala na bříšku hlavičku. To byla vždy taková boule - to nešlo nepoznat, tak jsem malého hladila po hlavičce. Můj první syn (4 roky), chodil hladit tu hlavičku a říkal mu, jak ho budeme přebalovat, koupat atd. Chtěl být pořád u té hlavičky - to by nešlo, kdyby nebyl koncem pánevním.

Promítá se poranění vzniklé při porodu – jizva po císařském řezu – do Vašeho nynějšího života?

Mě má jizva nijak nevadí, to víte, že by bylo pěknější břicho bez jizvy, ale já to vůbec nijak neřeším. Jediné, co jsem necítila půl roku, tak kůži okolo jizvy (tomu se prý říká pocit mrtvého masa). Ale nijak mi to nevadilo.

Došlo během císařského řezu k poranění Vašeho dítěte?

Malinečko měl nad zadečkem ranku, ale opravdu malinkou!!! Během pár dnů, se to zahojilo.

Jste spokojena se svým rozhodnutím? Rozhodla byste se stejně?

Já jsem 100% spokojená, se svým rozhodnutím! Jen pár hodin po porodu to fakt bolelo, ale pak super, já čekala, že to bude daleko horší, když mě všichni tak strašili. Hlavně, že byl malinký zdravý – tak takových porodů i 5. Já se po porodu zotavovala jen chvíli, dokonce, když jsem šla po prvním porodu na procházku jen cca ½ km (za 1 týden po porodu), tak jsem myslela, že nedojdu domů, tak moc mě to vše táhlo (šití). Po císaři jsem šla taky cca po týdnu a ušla jsem 2 km. Měla jsem co dělat, ale určitě jsem u toho netrpěla!

Když jsem se rozhodovala, jaký porod, trochu jsem se bála, že se mi bude hůře tvořit mléko (za každou cenu chci všechny mé děti kojit). Ale trvalo to o 1 den déle, než u spontánního, takže super.

GYNEKOLOGOVÉ – PORODNÍCI

Rozhovor s MUDr. U

O čem informujete ženy po zjištění, že je jejich plod koncem pánevním?

Je určitě důležité, aby žena věděla, jaké výhody a nevýhody má spontánní porod nebo císařský řez, ale nějak dopodrobna by to asi nemělo cenu. Když řeknete ženě, že může během porodu dojít k dystokii hlavičky, tak by na to nikdy nepřistoupila, přitom se to může stát. Ale všeobecně by měly být informovány. I po operaci jsou komplikace. Takže těžko dávat jednoznačná doporučení.

Přikláníte se spíše k přirozenému porodu nebo císařskému řezu?

Jedná-li se o primiparu, která přijde do porodnice s rozběhnutým porodem a má příznivý porodnický nález, nebyl by to velký plod a paní by s tím souhlasila, tak bych byl pro spontánní porod. Ale jinak jsem pro operaci. U vícerodiček je ta možnost větší, musí se to vysvětlit a některé to potom odmítnou. Některé to chtějí naopak zkusit. Není to úplně vyhraněné. Je to taková dvojsečná zbraň, protože přibývá císařských řezů a po prvním císařském řezu je vysoká pravděpodobnost, že se to bude opakovat. Myslím, že dnešní porodnictví je takové defenzivní, když je problém, stane se něco, tak jde porodník k soudu. Ta situace se mění, i náhled žen na porod se mění. V souvislosti s porody koncem pánevním se vedly různé soudní procesy, porodníci mají strach, že by neodhadli situaci a dopadlo by to nějak kriticky a byli by stíháni. Doporučení gynekologické společnosti je takové, že u primipar se doporučuje porod ukončit císařským řezem. V případě, že by žena chtěla родit přirozeně, tak ta možnost tady je, ale musí být splněny určité podmínky, jako je připravenost porodních cest, velikost plodu. Komplikace se však občas mohou objevit, každý ze starších porodníků si to jednou zažil, a proto není nikdy natolik aktivní, aby řekl: paní rodte přirozeně. Je tu určité riziko a nikdy nevíte, jak to skončí. U primipar je toho méně, ale secundipary a terciipary přijdou a řeknou, že to chtějí zkusit.

Dnešní ženy nejsou moc zvyklé, že by porod trval delší dobu, mají strach z bolesti a některé nechtějí родit vůbec, chtějí být operované. Myslím, že tak trochu ztratily ten pocit, že to musí dokázat, vše to mají v hlavě. Když žena nechce porodit, tak neporodí.

Tolerujete během II. doby porodní alternativní polohy?

Myslím, že pokud to vyhovuje rodičce a uleví jí to, tak proč ne. Pokud je porod bezproblémový a postupuje, klidně. Při tomto porodu jsem téměř vždy pro vykonání episiotomie.

Rozhovor s MUDr. V

O čem informujete ženy po zjištění, že je jejich plod koncem pánevním?

Porod koncem pánevním je složitý na řešení, protože má svá rizika. Žijeme v době, kdy jsou na každém rohu právníci, kteří nám hrozí žalobou v případě jakéhokoliv problému. Vzhledem k tomu, že konec pánevní je indikací k císařskému řezu, tak většina žen vyžaduje a chce císařský řez. Ženy mají načteno spoustu irrelevantních informací z internetu, radí jim také známí.

Myslím, že by měla být hranice, třeba 36. týden kdy se s rodičkou domluvíme, jak by chtěla rodit. Pokud chce rodit spontánně tak se potom dále domlouváme. Neměla by přenášet, dělá se UZ odhad hmotnosti, hodnotí se anamnéza a to, jak vypadají porodní cesty. Ženu, která chce rodit spontánně konec pánevní, vedeme dále jako normální těhotnou, která poté přijde k porodu. 9 z 10 žen však rodit spontánně nechce, a poté plánujeme císařský řez.

Přikláníte se spíše k přirozenému porodu nebo císařskému řezu?

Záleží na mnoha okolnostech, jestli je to prvorodička, vícerodička. U prvorodičky bych spíše volil císařský řez, u vícerodičky bych byl pro spontánní porod. Záleží také na ultrazvukovém odhadu hmotnosti plodu, s čím přijde pacientka na porodní sál, jestli s odteklou plodovou vodou a nezkráceným hrdlem nebo s bolestmi, kdy je branka otevřená na 5-6 cm, to je příznivý nález. Myslím, že nejdůležitější u porodu koncem pánevním je to, že pacientka chce rodit spontánně! Pokud žena nechce a lékař jí přemluví, tak si myslím, že hlava zafunguje a k tomu císařskému řezu stejně dojde.

Samozřejmě, dle mého názoru je vždy lepší porodit spontánně, než provést císařský řez, pokud se vyloženě neobjeví nějaká patologie.

Dalším problémem je, že spontánních porodů koncem pánevním je tak málo, že nám klesá erudice doktorů, kteří umí odvést tento porod. U tohoto porodu jsou specifické věci a komplikace, jako jsou vzpřímené ručky, dystokie hlavy, v této situaci je třeba provést některé extrakční manévry a vybavit plod. Tohle nikdo z mladých doktorů prakticky nikdy nedělal, ani neviděl! Těchto porodů je tak málo, že nemají šanci se to naučit. Podle mě, by měl mít každý doktor v ruce 30-40 normálních konců pánevních a až potom si může troufnout říct, já jsem schopný provést extrakční operaci. Ale to nemá nikdo. A pokud už dojde k tomuto spontánnímu porodu, tak je u toho vždy starší, zkušenější doktor, takže mladí doktoři nemají žádnou erudici. Postupem času začnou tito mladí doktoři sloužit vrchní službu, dojde na porod koncem pánevním, nastane komplikace a oni nebudou umět plod extrahovat. Jak říkal profesor Roztočil, pro ně je jednoduché vzít nůž a za 20 minut udělat císařský řez.

Pokud jsou vhodné podmínky pro spontánní porod, tak jsem pro. Naštěstí jsem pár porodů koncem pánevním odvedl, tak o tom trochu vím, ale i tak nemůžu říct, že bych já osobně byl erudovaný porodník, co se týče porodu koncem pánevním. Extrakční operaci jsem také nikdy nedělal, vždy jsem měl štěstí, že porod proběhl pěkně.

Tolerujete během II. doby porodní alternativní polohy?

Těžko říct. Nejsem porodník, abych tohle hodnotil. Vím, že všechny porody, které proběhly v poloze a la vache, proběhly zatím bez problémů. Pokud je žena v této poloze, dojde ke komplikacím a je možné během chvilky zajistit polohu na zádech, tak nejsem vyloženě proti. Je to věc, která není úplně obvyklá. Většina žen rodí na zádech, téměř vždy je provedena episiotomie a v případě komplikací je možnost ihned zasáhnout. Kdyby nenastaly komplikace, tak bych ženu nechal rodit v poloze a la vache, ale asi bych byl více nervózní, než porodníci, kteří už tento porod viděli několikrát. Ano, sice se i v této poloze dá s dítětem manipulovat, ale všechny pohyby jsou opačné, než je člověk zvyklý na zádech. Zás takový problém to není, ale v poloze na zádech je to jednodušší.

Rozhovor s MUDr. X

O čem informujete ženy po zjištění, že je jejich plod koncem pánevním?

Záleží, jestli pacientky přicházejí s tím, že chtějí rodit spontánně nebo císařským řezem. Pokud chtějí rodit spontánně, tak si změříme miminko, řekneme jim, jaké jsou možnosti porodu – buďto klasický na zádech s nohami v schautech s pomocnými manévry nebo a la vache na kolenou. Pacientky jsou většinou již informovány z terénu, asi od svých porodních asistentek na předporodních kurzech. Probírám s nimi, jak probíhá porod, jaké jsou možnosti, ale myslím si, že je důležité, aby na to byla pacientka psychicky i fyzicky připravena. Musí vědět, že chtějí rodit takto bez zásahu, ale také jsou informovány, že v případě jakékoliv komplikace je možnost provedení císařského řezu nebo že budou přetočeny do polohy na zádech a porod bude dokončen klasicky. Určitě je poučuji o možných porodních komplikacích, jako je uvíznutí hlavičky nebo vztyčení ruček, ale zároveň jim říkám, o porodech, které jsme takto odvedli a nedošlo při nich k takovýmto komplikacím.

Přikláníte se spíše k přirozenému porodu nebo císařskému řezu?

Když cítím, že maminky chtějí rodit přirozeně a nemají pochyby i přesto, že jsou srozuměny s možnými komplikacemi, které mohou mít vážné následky, tak proč nezkusit přirozený porod. Samozřejmostí je stanovení váhového odhadu a porod musí pěkně postupovat.

Tolerujete během II. doby porodní alternativní polohy?

Ano, při porodech a la vache jsme měli pěkné porody s minimálním poraněním, není potřeba žádných velkých nástřihů. Snad jen u jednoho porodu trvalo trošku déle, asi 2–3 kontrakce, než se porodila hlavička, ale děťátko bylo v pořádku. Pro tento porod musí být

vybudováno vhodné zázemí – tím myslím lékaře a porodní asistentky, které jsou porodu na kolenou nakloněny. Při porodu na kolenou mi přijde skvělé, že je kostrč více pohyblivá, hlavička na ní vyvíjí odpor, díky kterému jí odtlací, a tak snáze projde porodními cestami.

Je škoda, že se nemůžeme na tyto porody jet někam podívat a získat tak více zkušeností, myslím, že jsme jediní v ČR, kteří odvádějí porody koncem pánevním v poloze a la vache.

Rozhovor s MUDr. Y

O čem informujete ženy po zjištění, že je jejich plod koncem pánevním?

Informuji o tom, že konec pánevní není primární indikací k císařskému řezu, ale záleží na předběžném ultrazvukovém odhadu váhy dítěte. Dle doporučených postupů České gynekologické společnosti je možnost u prvorodičky porodit konec pánevní vaginálně do 3500g a u vícerodiček do 3800g. Pokud tedy plod není větší jednak podle UZ (který odhadne velikost dítěte na 50 až 60 %) a podle odhadu samotného gynekologa, informuje rodičku o možnosti spontánního porodu. V populaci převažují obavy z porodu koncem pánevním spontánně, i když podle mého názoru nejsou opodstatněné, protože většina porodů koncem pánevním se rozebíhá před termínem porodu (kolem 37 týdne gravidity, kdy odteče plodová voda) a většina plodů, které jsou porozeny koncem pánevním, mají tak 2700 – 2800 g. Pokud se nejví nepoměr mezi pánví matky a velikostí miminka, informujeme ženy o možnosti родit spontánně, nejdůležitější je však v tomto případě rozhodnutí matky. Pokud rodička řekne, že má obavy z porodu, tak indikujeme císařský řez.

Informujeme je v podstatě jako o spontánním porodu záhlavím, riziko je, že konec pánevní nebude vstupovat do pánve, dojde k alteraci ozev plodu (což je možné i u porodu záhlavím), pupečnickovým komplikacím, ale při výskytu jakékoliv patologie přistupujeme vždy k akutnímu císařskému řezu. Myslím, že každá matka, jejíž dítě je koncem pánevním, hledá informace na internetu, kde si přečtou většinou samé záporné informace.

Příkláníte se spíše k přirozenému porodu nebo císařskému řezu?

Pokud se opravdu nejví nepoměr, tak jsem určitě více nakloněna spontánnímu porodu. V 80 – 90 % to závisí na psychice ženy, pokud chce žena porodit vaginálně, tak nepřemýšlí o rizicích, a to je podle mého 90% úspěch (pokud jsou splněny všechny ostatní podmínky pro úspěšný vaginální porod). Vícerodičky už ví, co porod obnáší, kdežto ženy rodící poprvé jsou překvapeny už jen porodními bolestmi a někdy k indikaci císařského řezu utíkají ne

z důvodu konce pánevního, ale z toho, že ví, že má možnost říct že chce raději císařský řez, kvůli bolesti.

Tolerujete během II. doby porodní alternativní polohy?

Určitě, ale my ženám dáváme vybrat. Vysvětlíme jí, jak se tlačí a výhody polohy a la vache (na čtyřech), kdy se miminko tlačí skrz porodní cesty dolů vlastní vahou a lékaři ani porodní asistentky nezasahují do porodu. V průběhu porodu se rozhoduje o dalším postupu a v případě komplikací je možnost přetočit ženu kdykoliv do klasické polohy na zádech, to máme již vyzkoušené. Dle mého názoru je v této poloze zbytečné provádět episiotomii, nejsem pro nástřih ani při poloze na zádech.

Rozhovor s MUDr. Z

O čem informujete ženy po zjištění, že je jejich plod koncem pánevním?

Říkám jim, rizika operace i riziko, co se týče spontánního porodu koncem pánevním. Žena si to pak zhodnotí a vybere si. Pokud je žena prvorodička, je u nás tohle jediná diagnóza, kdy dáváme na výběr, císařský řez na přání neděláme. Pokud přijde prvorodička, konec pánevní, tak jí poučíme o riziku, ona má možnost si vybrat, jestli chce spontánní porod nebo císařský řez. Spontánní porod ale pouze za předpokladu, že nemá jiné riziko – není výškově malá, váhový odhad dítěte je třeba 4 kg atd. Pokud je dítě normální váhy tak do 3,5 kg, tak jí dáme na výběr. O rizicích, jako je uvíznutí hlavičky v porodních cestách, nevidím důvod proč říkat, protože jsem to za 30 let své praxe nezažila. U spontánního porodu záhlavím mohou dítěti uvíznout v porodních cestách také raménka a ženy o tom neinformujeme. Pokud je porod dobře veden, nespěcháte na něj, tak tam nemá proč uvíznout hlavička, dle mého je to špatným vedením porodu. Myslím, že kdybychom o tomto říkali rodičkám, tak mi 99 % řekne, že chce císařský řez. Samozřejmě jim říkáme, že porod nemusí postupovat, může být komplikované sestupování.

Přikláníte se spíše k přirozenému porodu nebo císařskému řezu?

Jsem spíše pro spontánní porod, aby to zkusily. Ženy k nám přicházejí od privátních gynekologů a 99 % z nich na porodním sále už několik let nepracuje a neví, jaké jsou nové trendy, co se týče vedení porodu, natož porodu koncem pánevním. Nemají s tímto porodem zkušenosti, neznají jeho průběh, a proto ženě řeknou, ať si raději nechá udělat císařský řez. Myslím si, že ale zase nehodnotí to, že je žena porodnický typ, dítě není velké, atd. a žena

má potom pro další těhotenství, když pominu komplikace operace, nepříznivé podmínky, jako je jizva na děloze. Proč by žena, která má pro tento porod příznivé podmínky nemohla takto porodit.

Opravdu to povědomí je takové, že si radši nechávají udělat císařský řez, a to nejen, když se jedná o konec pánevní. Sice nikdy nemůžeme zaručit, jak bude porod postupovat, ale v případě komplikací je možné kdykoliv udělat císařský řez. To nikdy dopředu nevíte, mohou být slabé kontrakce, porod se může zastavit, alterují ozvy dítěte, žena musí být poučena, že nelze vyloučit možnost akutního císařského řezu. To nelze vyloučit u nikoho, ani u ženy, která rodí spontánně hlavičkou. U porodu koncem pánevním je postup u prvorodičky třeba delší, ale záleží na tom, pokud přijde s odteklou vodou a příznivým nálezem nebo jen s odteklou vodou a nezralými porodními cestami. Je to strašně individuální, ani jedna žena není přes kopírák. Pokud se tento porod rozběhne sám a žena přijde s příznivým nálezem, tak je to velká výhoda.

Tolerujete během II. doby porodní alternativní polohy?

Ani moc ne. Nikomu tomu nebráním, když jde porod pěkně, ale spíše u vícerodiček. Vždy jsou určité obavy z toho, že když bude nějaký zádrhel, tak v poloze na zádech už máte připraven jistý manipulační prostor. Než dostanete rodičku z té alternativní polohy, tak to vše trvá, vy musíte vědět, jaké dělat manévry proto, abyste plod vybavili, a to už považuji u alternativních poloh za určitý handicap. Je to komplikovanější, a když Vám do toho začnou alterovat ozvy, všichni musí začít pracovat jako tým a vy musíte přemýšlet, jak vykonat tyto manévry naopak, to není zrovna to pravé. Když je to vícerodička, která to vyžaduje, tak budiž, ale chce to, aby porod dobře postupoval. U tohoto porodu jsem také spíše pro provedení episiotomie, samozřejmě záleží na tom, jak se rozvíjí hráz, jaký je odhad velikosti plodu atd.