

Vedenie pôrodu panvovým koncom v Slovenskej republike Odporúčané postupy na vedenie pôrodu panvovým koncom

Vladimír Cupaník, Miroslav Korbel', Peter Mareš, Jozef Záhumenský, Peter Kaščák

Frekvencia vaginálne vedených pôrodov pri naliehaní plodu panvovým koncom je v súčasnosti extrémne nízka, preto vyrastá generácia mladých pôrodníc, ktorá nemala a nemá ani možnosť naučiť sa viesť takéto pôrody. Autori vykonali analýzu a dotazníkovú anketu o vedení pôrodov pri naliehaní plodu panvovým koncom na Slovensku v roku 2015. Frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní plodu panvovým koncom bola 87 %, najvyššia v Nitrianskom – 95,9 % a najnižšia v Banskobystrickom kraji – 63,4 %. Nadpolovičnú väčšinu pôrodov panvovým koncom vaginálne viedli iba 3 pôrodnice a 9 pracovísk vôbec nevedlo vaginálne pôrod panvovým koncom. Na základe analýzy aktuálnej situácie na Slovensku a súčasných medicínskych poznatkov autori navrhujú riešenie tohto problému a odporúčania pre vedenie pôrodu panvovým koncom.

Kľúčové slová: pôrod panvovým koncom, vaginálny pôrod, cisársky rez

Breech delivery management in the Slovak Republic Guidelines for management of breech presentation delivery

At present, the frequency of breech births is extremely low, and the young generation of gynaecologists has had little opportunity to learn how to perform such deliveries. The authors carried out an analysis and questionnaires about breech delivery management in Slovakia in 2015. Frequency of caesarean section in case of breech presentation was 87 %, the highest in Nitra region - 95.9 % and the lowest in Banska Bystrica region - 63.4 %. The overall majority of vaginal breech deliveries were performed only in 3 maternity hospitals and no vaginal breech delivery in 9 workplaces. The authors suggest some recommendations for management of breech presentation deliveries based on the analysis of present situation in Slovakia and the latest medical knowledge.

Key words: breech delivery, vaginal delivery, caesarean section

Gynekol. prax 2016; 14 (1): 50-55

Úvod

Výskyt naliehania plodu panvovým koncom (KP) klesá od 20 % v 28. týždni tehotnosti do 3-4 % v období termínu pôrodu. V Slovenskej republike (SR), na rozdiel od iných krajín, neexistujú odporúčania, ako viesť pôrod pri naliehaní KP. Táto problematika je stále diskutovanou témou na celom svete. Údaje o perinatálnych výsledkoch pôrodov KP vedených vaginálne, resp. cisárskym rezom sa rozchádzajú⁽¹⁾.

Ešte pred 20 – 30 rokmi nepredstavoval vaginálny pôrod pri KP vo väčšine našich pôrodníc problém. Časom však pribudla opatrnosť súvisiaca s komplikáciami a zvyšujúca tendencia sťažovať sa na poskytnutú zdravotnú starostlivosť, čo viedlo značnú časť pôrodníc prikláňať sa čoraz častejšie k cisárskemu rezu. Z toho vyplynul aj nižší počet vaginálne vedených pôrodov. Vyrastá tak generácia mladých pôrodníc, ktorá nemala a nemá ani možnosť naučiť sa viesť takéto pôrody. Tým sa uzatvára kruh, ktorý nemožno považovať za správny. Preto sme urobili analýzu vedenia pôrodu jednoplovdových tehotností pri naliehaní KP v SR a na jej základe, ako aj na základe odporúčaní vyspelých gynekologicko-pôrodnických spoločností, navrhujeme riešenie tohto problému a odporúčania pre vedenie pôrodu pri naliehaní KP.

Materiál a metódy

Retrospektívna analýza vedenia pôrodov plodov pri naliehaní panvovým koncom v SR v roku 2015 bola urobená na základe hlásenia vybraných perinatologických ukazovateľov hlavnému odborníkovi pre gynekológiu a pôrodníctvo Ministerstva zdravotníctva (MZ) SR a sekcii perinatálnej medicíny Slovenskej

gynekologicko-pôrodníckej spoločnosti (SGPS) z jednotlivých pôrodníc. Okrem toho boli rozposlané dotazníky do všetkých 54 pôrodníc v SR o vedení pôrodov pri naliehaní KP – návratnosť bola iba 26 (48,1 %).

Výsledky

V **tabuľkách 1 – 9** je uvedený prehľad vedenia pôrodov jednoplovdovej tehotnosti pri naliehaní panvovým koncom v roku 2015 v každej pôrodnici usporiadaný podľa regiónov a v SR podľa jednotlivých regiónov. Údaje nedodali 4 pôrodnice Banskobystrického kraja. Štatistika ukazuje, že v SR prevláda pri vedení pôrodov plodov KP cisársky rez. Pôrod KP je vedený výlučne cisárskym rezom na 9 pracoviskách.

V Bratislavskom kraji bola frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP 91,9 %. Najnižšia frekvencia cisárskeho rezu bola v GPN, s. r. o. (pôrodnica Koch) – 63,1 % a najvyššia v Petržalke (I. gynekologicko-pôrodnícka klinika LF UK a UNB) – 97,9 % (**tabuľka 1**).

V Trnavskom kraji bola frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP 87,5 %. Najnižšia frekvencia cisárskeho rezu bola v Skalici – 76 % a najvyššia v D. Stredě – 100 % (**tabuľka 2**).

V Nitrianskom kraji bola frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP 95,9 %. Najnižšia frekvencia cisárskeho rezu bola v Komárne – 90 % a najvyššia v Topoľčanoch – 100 % (**tabuľka 3**).

V Trenčianskom kraji bola frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP 85,9 %. Najnižšia frekvencia cisárskeho rezu bola v Bojniciach – 75 % a najvyššia v Bánovciach, Partizánskom a Považskej Bystrici – zhodne po 100 % (**tabuľka 4**).

Tabuľka 1. Bratislavský kraj (BA) – vedenie pôrodu panvovým koncom (zdroj: SGPS)

Ukazovateľ	Pôrodnica				BA kraj
	Petržalka	Ružinov	Kramáre	Koch	
Počet pôrodov	3 015	2 436	2 479	1 082	9 012
Cisársky rez – spolu (n)	1 329	824	1 071	248	3 472
Panvový koniec – s. c. (n)	185	95	102	36	418
Panvový koniec – s. c. (%)	97,9	93,1	95,32	63,1	91,9
Panvový koniec – vaginálny pôrod (n)	4	7	5	21	37
Panvový koniec – vaginálny pôrod (%)	2,1	6,9	4,67	36,8	8,1

Tabuľka 2. Trnavský kraj (TT) – vedenie pôrodu panvovým koncom (zdroj: SGPS)

Ukazovateľ	Pôrodnica					TT kraj
	D. Streda	Galanta	Piešťany	Skalica	Trnava	
Počet pôrodov	874	977	677	689	1 532	4 749
Cisársky rez – spolu (n)	325	358	222	215	335	1 455
Panvový koniec – s. c. (n)	19	29	24	19	56	147
Panvový koniec – s. c. (%)	100	96,7	96	76	81,2	87,5
Panvový koniec – vaginálny pôrod (n)	0	1	1	6	13	21
Panvový koniec – vaginálny pôrod (%)	0	3,3	4	24	18,8	12,5

Tabuľka 3. Nitriansky kraj (NR) – vedenie pôrodu panvovým koncom (zdroj: SGPS)

Ukazovateľ	Pôrodnica					NR kraj
	Komárno	Levice	Nitra	N. Zámky	Topoľčany	
Počet pôrodov	888	1 085	1 803	1 118	548	5 442
Cisársky rez – spolu (n)	416	226	821	520	299	2 282
Panvový koniec – s. c. (n)	18	21	35	45	21	140
Panvový koniec – s. c. (%)	90	91,3	97,2	97,8	100	95,9
Panvový koniec – vaginálny pôrod (n)	2	2	1	1	0	6
Panvový koniec – vaginálny pôrod (%)	20	8,7	2,8	2,2	0	4,1

Tabuľka 4. Trenčiansky kraj (TN) – vedenie pôrodu panvovým koncom (zdroj: SGPS)

Ukazovateľ	Pôrodnica						TN kraj
	Bánovce	Myjava	Partizánske	Bojnice	P. Bystrica	Trenčín	
Počet pôrodov	480	472	392	705	1 018	2 127	5 194
Cisársky rez – spolu (n)	130	130	67	216	298	310	1 151
Panvový koniec – s. c. (n)	27	22	9	20	44	81	159
Panvový koniec – s. c. (%)	100	91,7	100	75	100	81	85,9
Panvový koniec – vaginálny pôrod (n)	0	2	0	5	0	19	26
Panvový koniec – vaginálny pôrod (%)	0	8,3	0	25	0	19	14,1

V Banskobystrickom kraji bola možná analýza len zo štyroch pôrodníc, pretože ďalšie štyri údaje nedodali. Frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP v štyroch pôrodniciach bola 63,4 %. Najnižšia frekvencia cisárskeho rezu bola v Rimavskej Sobote – 28 % a najvyššia v Lučenci – 73,7 % (**tabuľka 5**).

V Žilinskom kraji bola frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP 91,7 %. Najnižšia frekvencia cisárskeho rezu bola v Martine – 86,1 % a najvyššia v L. Mikuláši a Trstenej – zhodne po 100 % (**tabuľka 6**).

V Prešovskom kraji bola frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP 87,1 %. Najnižšia frekvencia cisárskeho rezu bola v Poprade – 78,1 % a najvyššia v Bardejove a vo Svidníku – zhodne po 100 % (**tabuľka 7**).

V Košickom kraji bola frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP 82,6 %. Najnižšia frekvencia cisárskeho rezu bola v Trebišove – 41,7 % a najvyššia na gynekologicko-pôrodníckom oddelení Košice – 95,6 % (**tabuľka 8**).

V **tabuľke 9** je prehľad vedenia pôrodov KP v SR v roku 2015 podľa krajov (bez 4 pôrodníc Banskobystrického kraja). Najvyššia frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP bola v Nitrianskom – 95,9 %, v Bratislavskom – 91,9 % a v Žilinskom kraji – 91,7 %. Najnižšia frekvencia cisárskeho rezu pri naliehaní KP bola v Banskobystrickom kraji 63,4 %.

Zo zistených údajov vyplýva, že v SR v roku 2015 nevedlo vaginálne pôrod KP 9 pracovísk (Dunajská Streda, Topoľčany, Bánovce nad Bebravou, Partizánske, Považská Bystrica, Liptovský Mikuláš, Trstená, Bardejov, Svidník). K nim možno priradiť aj 15 oddelení, kde boli vaginálne vedené iba 1-2 pôrody KP (Galanta, Piešťany, Komárno, Levice, Nitra, Nové Zámky, Myjava, Žiar nad Hronom, Dolný Kubín, Ružomberok, Vranov nad Topľou, Stará Ľubovňa, Humenné, GPO Košice, Kráľovský Chlmec). Tri až päť vaginálnych pôrodov KP malo 9 pôrodníc (Bratislava-Kramáre, Bratislava-Petržalka, Bojnice, Prešov I., Prešov II., Snina, Michalovce, Krompachy, Rožňava). Päť pôrodov za rok a menej

Tabuľka 6. Žilinský kraj (ZA) – vedenie pôrodu panvovým koncom (zdroj: SGPS)

Ukazovateľ	Pôrodnica							ZA kraj
	Martin	Žilina	Čadca	D. Kubín	Ružomberok	L. Mikuláš	Trstená	
Počet pôrodov	1445	1443	1252	695	590	646	916	6987
Cisársky rez – spolu (n)	451	480	312	219	140	178	175	1955
Panvový koniec – s. c. (n)	62	64	45	20	21	25	38	275
Panvový koniec – s. c. (%)	86,1	90,1	88,2	95,2	95,5	100	100	91,7
Panvový koniec – vaginálny pôrod (n)	10	7	6	1	1	0	0	25
Panvový koniec – vaginálny pôrod (%)	13,9	9,9	11,8	4,8	4,5	0	0	8,3

Tabuľka 7. Prešovský kraj (PO) – vedenie pôrodu panvovým koncom (zdroj: SGPS)

Ukazovateľ	Pôrodnica										PO kraj
	Vranov	St. Ľubovňa	Humenné	Bardejov	Prešov I	Prešov II	Svidník	Poprad	Snina	Kežmarok	
Počet pôrodov	924	924	599	956	1357	1214	346	1226	299	929	8774
Cisársky rez – spolu (n)	344	241	205	240	505	335	96	364	86	132	2548
Panvový koniec – s. c. (n)	25	32	22	13	46	15	7	25	12	5	202
Panvový koniec – s. c. (%)	92,6	97	95,6	100	90,2	83,3	100	78,1	80	38,5	87,1
Panvový koniec – vaginálny pôrod (n)	2	1	1	0	5	3	0	7	3	8	30
Panvový koniec – vaginálny pôrod (%)	7,4	3	4,4	0	9,8	16,7	0	21,9	20	61,5	12,9

Tabuľka 8. Košický kraj (KE) – vedenie pôrodu panvovým koncom (zdroj: SGPS)

Ukazovateľ	Pôrodnica									KE kraj
	GPK	GPO	Šaca	Michalovce	Rožňava	SNV	Krompachy	Trebišov	K. Chlmec	
Počet pôrodov	1650	1064	1856	949	555	1297	689	735	357	9152
Cisársky rez – spolu (n)	719	338	492	207	168	222	149	117	97	2509
Panvový koniec – s. c. (n)	89	44	53	23	8	25	15	10	3	270
Panvový koniec – s. c. (%)	89	95,6	88,3	82,1	66,7	71,4	83,3	41,7	75	82,6
Panvový koniec – vaginálny pôrod (n)	11	2	7	5	4	10	3	14	1	57
Panvový koniec – vaginálny pôrod (%)	11	4,4	11,7	17,9	33,3	28,6	16,7	58,3	25	17,4

Tabuľka 9. Vedenie pôrodu panvovým koncom v SR v r. 2015 podľa krajov (zdroj: SGPS)

Ukazovateľ	Kraj									SR
	Bratislavský	Trnavský	Nitriansky	Trenčiansky	Banskobystrický	Žilinský	Prešovský	Košický		
Počet pôrodov	9012	4749	5442	5194	5829	6987	8774	9152	55139	
Cisársky rez – spolu (n)	3472	1455	2282	1151	1304	1955	2548	2509	16676	
Panvový koniec – s. c. (n)	418	147	140	159	102	275	202	270	1713	
Panvový koniec – s. c. (%)	91,9	87,5	95,9	85,9	63,4	91,7	87,1	82,6	86,8	
Panvový koniec – vaginálny pôrod (n)	37	21	6	26	59	25	30	57	261	
Panvový koniec – vaginálny pôrod (%)	8,1	12,5	4,1	14,1	36,6	8,3	12,9	17,4	23,2	

nezaručuje dostatočný tréning personálu vo vaginálnom vedení pôrodu, nehovoriac o získaní dostatočných zručností na riešenie komplikácií. Z uvedeného vyplýva, že z 50 gynekologicko-pôrodných pracovísk nemá dostatočnú skúsenosť s vaginálnym vedením pôrodu 33 (66 %). Iba tri pôrodnice viedli nadpolovičnú väčšinu pôrodov vaginálne – Rimavská Sobota (72 %), Kežmarok (61,5 %) a Trebišov (58,3 %).

Dotazníková anketa

Do 54 pôrodníc SR boli poslané dotazníky na zistenie filozofie pristupovania k vedeniu pôrodu pri naliehaní KP. Z 54 dotazníkov sa vrátilo iba 26 (48,1 %). V dotazníku boli položené nasledujúce otázky:

Vo vašej pôrodnici rodíte plod naliehajúci panvovým koncom:

1. vždy cisárskym rezom
2. vždy cisárskym rezom iba plody mužského pohlavia
3. vždy cisárskym rezom u prvoroďčiek

4. pristupujeme k rodičkám podľa stanovených kritérií (uveďte svoje kritériá pre vaginálne vedenie pôrodu KP – odhad hmotnosti, naliehanie plodu, gestačný týždeň, iné).

Prehľad odpovedí na položené otázky z jednotlivých pôrodníc je v **tabuľke 10**.

Z analýzy dotazníkov vyplynulo, že 6 pracovísk vedie KP iba cisárskym rezom (Bratislava-Kramáre, Piešťany, Topoľčany, Nové Zámky, Liptovský Mikuláš, Vranov nad Topľou). Na štyroch pracoviskách, ktoré uviedli, že primárne indikujú cisársky rez pri KP, však podľa štatistických údajov odvodili KP aj vaginálne (Bratislava-Kramáre, Piešťany, Nové Zámky, Vranov nad Topľou). Po doplnujúcej otázke vyplynulo, že išlo o rodičky, u ktorých sa pre pokročilý vaginálny nález nedal vykonať cisársky rez, resp. rodičky si výslovne želali porodiť vaginálne. Štyri gynekologicko-pôrodnice oddelenia indikujú primárny cisársky rez zásadne u prvoroďčiek. Pre jedno oddelenie je primárnou indikáciou cisárskeho rezu

Tabuľka 10. Kritériá slovenských pôrodníc pre vedenie pôrodu KP cisárskym rezom (SC)

	Vždy SC	Prvorodičky	Chlapci	Individuálne	Iné kritériá (hmotnosť, dĺžka gravidity a pod.)
BA-Petržalka				áno	2 500 – 3 500 g, zadoček, úplný KP, viac ako 36. t. t.
BA-Ružinov				áno	2 500 – 3 500 g, zadoček, úplný KP, viac ako 36. t. t.
BA-Kramáre	áno	áno	áno		
Ba – KOCH				áno	2 500 – 3 500 g, zadoček, úplný KP, viac ako 36. t. t.
Piešťany	áno			áno	3 500 g/len na pranie rodičky a len dievča
Trenčín				áno	2 500 – 3 500 g primipara/3 800 g viacrodičky, zadoček, úplný KP, tehotnosť v termíne, nezáleží na parite a pohlaví
Komárno				áno	3 500 g
Topoľčany	áno				
Bojnice				áno	3 500/3 800 g
Nové Zámky	áno				
Banská Bystrica				áno	Zatuchni-Andros skóre
Rim. Sobota				áno	Hmotnosť do 3 500/3 800 g (primipara/multipara)
Zvolen				áno	Zatuchni-Andros skóre
Žiar n. Hronom		väčšinou		áno	2 500 – 3 500 g, zadoček, úplný KP, viac ako 36. t. t.
Revúca			áno	áno	Do 3 700 g
Žilina				áno	2 500 – 3 500 g, zadoček, úplný KP, viac ako 36. t. t.
Čadca				áno	Kritériá neuvedené
Dolný Kubín		áno	áno	áno	Kritériá neuvedené
Lipt. Mikuláš *	áno				
Poprad				áno	Hmotnosť do 3 500 g u primipary
Košice Šaca				áno	2 500 – 3 500 g, zadoček, úplný KP, viac ako 35. t. t.
Rožňava		áno		áno	Kritériá neuvedené
Snina		áno		áno	Kritériá neuvedené
Svidník **				áno	2 500 – 3 000 g primipary, multipary do 4 000 g
Vranov n. Topľou	áno				
Michalovce				áno	3 500 g, mladí lekári preferujú SC

* **Liptovský Mikuláš:** Ak by chceli viesť pôrod vaginálne, okolité pôrodnice im zoberú pôrod. Okrem toho prídu o príplatok za cisársky rez.

** **Svidník:** Rodičky preferujú cisársky rez, tak sú vedené v prenatálnych poradniach.

pri KP mužské pohlavie plodu, pričom plody ženského pohlavia rodia vaginálne. Mužské pohlavie plodu ako indikáciu primárneho cisárskeho rezu uviedlo ešte jedno oddelenie, pričom primárny cisársky rez vykonáva iba u prvorodičiek.

Zaujímavé boli dva postrehy napísané v dotazníkoch:

„... som zo staršej generácie pôrodníc a vaginálny pôrod KP mi nerobí žiadne ťažkosti. Keď ho však tehotnej navrhmem, tá je už nasmerovaná ambulantným gynekológom na cisársky rez. Ak by som ho nespravil, odíde do inej pôrodnice, kde s cisárskym rezom nemajú problém, a tak prideme o klientku.“

„... ak porodíme KP vaginálne, prichádza nemocnica o tzv. BON, t. j. finančné zvýhodnenie pri operačnom pôrode (cisársky rez v anestézii), čo mi potom vytýka vedenie nemocnice...“

Diskusia

Koncom 90. rokov minulého storočia a začiatkom 21. storočia začal stúpať počet plánovaných cisárskych rezov pri naliehaní plodu KP^(2,3). Tento enormný nárast cisárskych rezov vznikol na podnet kanadských autorov a ich štúdie z roku 2000, v ktorej vyhodnotili 2 088 pôrodov v 26 krajinách sveta pri naliehaní panvovým koncom „Term Breech Trial“. Autori poukázali, že perinatálna a novorodenecká úmrtnosť, ako aj závažná novorodenecká morbidita boli významne nižšie v skupine plánovaných cisárskych rezov v porovnaní s vaginálne vedenými pôrodmi (17/1039 = 1,6 % oproti 52/1039 = 5 %), pričom sa nedokázal žiaden rozdiel v materskej chorobnosti a úmrtnosti⁽⁴⁾. Na základe

tejto štúdie viaceré odborné spoločnosti, napríklad Americká gynekologicko-pôrodnica spoločnosť (ACOG)⁽⁵⁾, Britská kráľovská gynekologicko-pôrodnica spoločnosť (RCOG)⁽⁶⁾ aj Cochranova databáza prevzali závery štúdie a zapracovali ich do svojich odporúčaní⁽⁷⁾.

Odvtedy boli publikované závery klinických štúdií, ktoré postupne modifikovali pôvodné závery štúdie „Term Breech Trial“. Tí istí autori uverejnili tri následné „follow up“ štúdie, kde vyhodnotili stav matiek 3 mesiace po pôrode aj stav matiek a detí po dvoch rokoch od pôrodu⁽⁸⁻¹⁰⁾. Zo štúdií vyplynulo, že 3 mesiace po pôrode bolo riziko močovej inkontinencie nižšie v skupine žien s plánovaným cisárskym rezom, avšak po dvoch rokoch neboli žiadne rozdiely. Po dvoch rokoch po pôrode neboli u 79,1 % (917 z 1 159) žien žiadne rozdiely vo väčšine materských parametrov vrátane dojčenia, bolesti, depresie, menštruačných problémov, únavy a stresujúcich zážitkov viažucich sa na pôrod⁽⁹⁾. Whyte a spol. sledovali po dvoch rokoch 923 detí z 1 159 (79,6 %) pomocou dotazníka, ktorý vyplnili rodičia⁽⁸⁾. Údaje boli vyhodnotené spolu s klinickým neurologickým vyšetrením. Z výsledkov vyplynulo, že riziko úmrtia alebo spomalenia neurologického vývoja nebolo rozdielne u detí narodených plánovaným cisárskym rezom, resp. vaginálne.

Ďalšie štúdie, ktoré sa zaoberali porovnávaním spôsobov vedenia pôrodu plodov pri naliehaní KP, poukázali na výborné výsledky novorodencov porodených vaginálne. Alarab a spol. nezistili u 298 žien, ktoré porodili vaginálne, žiadne rozdiely v perinatálnej úmrtnosti a chorobnosti detí⁽¹¹⁾. Guiliani a spol. potvrdili

podobné výsledky u 481 žien s plánovaným vaginálnym pôrodom⁽¹²⁾. Aj keď nešlo o randomizované štúdie, obe majú spoločné to, že ženy, ktoré mali podstúpiť vaginálny pôrod, boli dôkladne vyberané (selektované). Pri rozhodovaní o vaginálnom pôrode museli byť splnené podmienky: tehotnosť staršia ako 37 týždňov, ultrazvukovým vyšetrením neboli zistené žiadne fetálne anomálie, plod musel naliehať zadočkom alebo úplným panvovým koncom, odhadnutá pôrodná hmotnosť bola medzi 3 500 – 4 000 g. Jeden protokol vyžadoval, aby hlavička plodu bola vo flexii a musel byť dostatok plodovej vody, ktorý bol definovaný ako 3 cm stĺpec meraný vertikálne⁽¹¹⁾.

Pre stanovenie hmotnosti plodu je dôležité zhodnotiť veľkosť a proporcie plodu. Podmienkou, že pôrod KP prebehne vaginálne bez problémov, je, že plod má približne rovnaké obvody hlavičky a trupu. Preto je potrebné sonografické zmeranie veľkosti (obvod) hlavičky a bruška. Ultrazvuková diagnóza fetálnej makrozómie je daná obvodom bruška ≥ 35 cm, keď je predpokladaná hmotnosť $\geq 4 000$ g, resp. ≥ 38 cm, keď je predpokladaná hmotnosť $\geq 4 500$ g⁽¹³⁾.

V snahe vyhnúť sa cisárskemu rezu, možno navrhnuť tehotnej obrat vonkajšími hmatmi. *Obrat vonkajšími hmatmi* možno vykonať po ukončení týždni 36+0 tehotnosti. Od tehotnej si treba vyžiadať informovaný súhlas, v ktorom ju treba podrobne informovať o samotnom zákroku s vysvetlením možných nežiaducich účinkov a rizík. Obrat vonkajšími hmatmi možno urobiť ambulantne a bez anestézie v ústavnom zariadení, kde musí byť dostupná operačná sála na vykonanie urgentného cisárskeho rezu. Po vykonaní obrate je potrebné ultrazvukové vyšetrenie a kardiografický záznam. Dĺžka, resp. opakovanie, záznamu sú závislé od klinického stavu. Tehotným s negatívnym Rh faktorom je potrebné podať po obrate profylaktickú dávku anti-D-imunoglobulínu⁽⁶⁾. Vaginálny pôrod KP pred 37. týždňom tehotnosti sa neodporúča pre chýbajúce a nedostatočné údaje a dôkazy⁽¹⁴⁾.

Tehotné ženy (podľa RCOG) majú byť informované o výhodách a rizikách vaginálneho pôrodu verzus cisárskeho rezu pri KP. Podľa odporúčaní RCOG plánovaný cisársky rez mierne znižuje perinatálnu mortalitu a včasnú novorodeneckú morbiditu u zreých detí, v porovnaní s vaginálnym pôrodom. Na druhej strane neexistujú rozdiely v postnatálnom vývoji detí narodených plánovaným cisárskym rezom v porovnaní s vaginálne vedeným pôrodom KP. Rovnako majú byť budúce rodičky informované o miernom náraste vážnych komplikácií v dôsledku cisárskeho rezu. Ako hmotnostné kritérium pre vaginálne vedenie pôrodu KP stanovila RCOG $\leq 3 800$ g⁽¹⁵⁾.

V roku 2002 bolo v USA ukončených 86,9 % pôrodov KP cisárskym rezom. Ako dôvody vzostupu počtu cisárskych rezov sa uvádzajú najmä klesajúca skúsenosť pôrodníc a nedostatočný tréning mladých lekárov⁽⁵⁾. V neposlednom rade je to aj obava z forenzných následkov v dôsledku komplikácií pri pôrode. ACOG odporúča, aby spôsob pôrodu plodu pri naliehaní KP zohľadňoval skúsenosť pôrodníka. Vzhľadom na klesajúci trend pôrodnických skúseností spoločnosť predpokladá, že väčšina pôrodníc bude preferovať cisársky rez. ACOG odporúča, pokiaľ je to možné, obrat vonkajšími hmatmi na hlavičku. Plánovaný vaginálny pôrod sa má vykonať podľa nemocničných protokolov, pričom tehotnú ženu treba dostatočne poučiť o vaginálnom spôsobe pôrodu a vyžiadať si jej informovaný súhlas. Pri poučení treba zdôrazniť, že pri vaginálnom pôrode je riziko perinatálneho a novorodeneckého úmrtia, ako aj krátkodobej detskej morbidity vyššie ako pri plánovanom cisárskom reze⁽³⁾.

Nemecké odporúčania z roku 2010 síce stratili platnosť v roku 2013, sú však v súlade s aktuálnymi názormi iných renomovaných odborných spoločností. Nemecká gynekologicko-pôrodná spoločnosť odporúčala viesť pôrod pri naliehaní zadočkom alebo úplným KP vaginálne, pričom až 70 % pôrodov v tomto naliehaní možno porodiť vaginálne. Ako hmotnostné kritérium uvádzali 3 800 g. V Nemecku sa akceptuje pranie rodičky porodiť KP cisárskym rezom, pričom sa odporúča obrat vonkajšími hmatmi po 36. ukončenom týždni. V každom prípade pri pôrode musí byť prítomný aj skúsený pôrodník⁽¹⁶⁾.

Podľa odporúčaní Českej gynekologicko-pôrodnickej spoločnosti rodička by mala byť dôkladne vyšetrená a pri zistení nepriaznivého nálezu by mala byť starostlivo informovaná o stave a možných rizikách. Vaginálny pôrod by mal byť ponúknutý iba ženám, u ktorých v čase termínu pôrodu, respektíve pri jeho začiatku, hmotnosť plodu nepresahuje po ultrazvukovom vyšetrení 3 500 g (primipary) a 3 800 g (multipary) a plod nie je menší než 2 500 g. Výnimku tvorí druhý plod u gemín, keď možno akceptovať aj odhad hmotnosti menší ako 2 500 g. Vaginálny pôrod môže viesť len skúsený personál, ktorý stav rodičky kontinuálne monitoruje, a len v priestoroch, kde možno zabezpečiť akútne cisársky rez a resuscitáciu novorodenca. Za postup lege artis možno označiť všetky techniky smerujúce k úspešnému dokončeniu vaginálne vedeného pôrodu. V druhej pôrodnej dobe majú byť prítomní dvaja pôrodníci, z toho jeden najmenej s osemročnou praxou v odbore⁽¹⁷⁾.

V poslednom období sa hromadia dôkazy, že prirodzený pôrod predstavuje pre dieťa celoživotnú výhodu. Pôrodný dej a prirodzený stres spôsobujú dozrievanie dýchacieho, tráviaceho, imunitného systému, termoregulácie a epigenetické programovanie, hlavne prostredníctvom adrenalínu, tyroxínu, kortizolu a kortikoidov, ktoré sa počas pôrodu vylučujú. Deti, ktoré prejdú pôrodným kanálom, sa osídli materným mikrobiómom, na rozdiel od novorodencov porodených cisárskym rezom, ktorí vykazujú viac nozokomiálnej flóry na svojich slizniciach. Dôsledkom toho je vyšší výskyt asthmy bronchiale, atopie, črevných zápalov, obezity, diabetu a niektorých onkologických ochorení detí porodených plánovaným cisárskym rezom. U týchto detí je celkovo o 40 % vyššia mortalita do veku 21 rokov života⁽¹⁹⁾.

Súčasný trend vo vedení pôrodu KP na Slovensku sa prikláňa k ukončeniu tehotnosti, resp. pôrodu, cisárskym rezom. Pod tento fakt sa podpisuje najmä neskúsenosť mladšej, ale aj strednej generácie gynekológov, ktorá pochopiteľne vyúsťuje do obavy z forenzných následkov prípadného neúspechu (66 % slovenských pôrodníc nemá žiadne alebo má iba nedostatočné skúsenosti s vaginálnym pôrodom pri KP). Svoju úlohu zohrali aj literárne údaje z 90. rokov minulého storočia⁽³⁻⁷⁾. Na Slovensku ešte stále (aj keď už ojedinele) rezonuje názor z konca 80. a zo začiatku 90. rokov, že dieťa mužského pohlavia pri naliehaní KP sa musí porodiť cisárskym rezom. Žiadne štúdie na podporu tohto tvrdenia však neexistujú.

Na zlepšenie situácie na Slovensku je potrebné:

- Vykonávať edukáciu mladých gynekológov vo vaginálnom vedení KP na pôrodnických fantómoch.
- Doškolovať privátnych ambulantných gynekológov o vhodnosti vaginálneho vedenia KP (je takmer nemožné presvedčiť tehotnú, ktorá navštevovala prenatálnu poradňu u iného poskytovateľa, ktorý ju „pripravil“ na cisársky rez, aby akceptovala vaginálny pôrod).

- Presvedčiť zdravotné poisťovne, aby finančne zvýhodnili vaginálne vedenie pôrodu KP.
- Znížiť počet pôrodníc (podobne ako v iných aspektoch perinatológie by sa zlepšila erudícia personálu, technické zabezpečenie a zvýšila by sa i bezpečnosť pôrodu KP).

Záver

Vaginálny pôrod je dobrou alternatívou k cisárskemu rezu, navyše rodička ani dieťa nie sú vystavení nežiaducim komplikáciám pri a po cisárskom reze⁽⁸⁻¹²⁾.

Odporúčané postupy na vedenie pôrodu jednoplobovej tehotnosti v polohe panvovým koncom

- Na základe súčasných poznatkov možno viesť pôrod KP vaginálne aj cisárskym rezom v termíne.
- Okrem absolútnych pôrodných indikácií cisárskeho rezu je vhodné rešpektovať aj širokú škálu indikácií racionálne vychádzajúcich z prevencie možných komplikácií pri pôrode.
- Sonograficky odhadovaná hmotnosť plodu je v rozmedzí 2 500 g – 3 500 g u prvoroďčky a $\leq 3 800$ g u viacroďčky.
- O spôsobe ukončenia tehotnosti u žien s plodom pri naliehaní KP by malo rozhodnúť konzílium gynekologicko-pôrodnického pracoviska, v prípade časovej tiesne skúsený pôrodník gynekologicko-pôrodnického pracoviska.
- Pôrod plodu KP má byť vedený v prítomnosti pôrodnika so skúsenosťami vo vaginálnom vedení pôrodu pri naliehaní plodu KP, ktorý vie riešiť možné komplikácie pôrodu, a v zariadení, kde možno urobiť urgentný cisársky rez.

Faktory favorizujúce cisársky rez pri naliehaní plodu v polohe KP:

- nedostatočná skúsenosť pôrodnika vo vedení vaginálneho pôrodu KP
- jednoznačné a neodkloniteľné pranie tehotnej porodiť KP cisárskym rezom

Literatúra

1. Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL, et al. (eds). Williams Obstetrics 24th Ed: New York 2014: 557-558.
2. Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL, et al. (eds). Breech Delivery. In: Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL, et al. (eds). Williams Obstetrics 24th Ed. New York, 2014: 562-563.
3. ACOG Committee opinion, No. 3400. 2006, reaffirmed 2016.
4. Term Breech Trial, Hannah ME, Hannah WJ, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000; 356(9239): 1375-1383.
5. ACOG committee opinion. Mode of term singleton breech delivery. No. 265, December 2001, ACOG. Int J Gynaecol Obstet 2002; 77(1): 65-66. Reaffirmed 2016.
6. RCOG. Clinical Green Top Guidelines No. 6: The Management of Breech Presentation. 2006. <http://www.rcog.org.uk>
7. Hofmeyr GJ. Interventions to help external cephalic version for breech presentation at term. Cochrane database Syst Rev 2002; (2): CD000184.
8. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, et al. Outcome of children at 2 years after planned caesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Term Breech Trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Am J Obstet Gynecol 2004; 191: 864-871.
9. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned caesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Term Breech Trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Am J Obstet Gynecol 2004; 191: 917-927.
10. Su M, Hannah WJ, Wilan A, et al. Planned caesarean section decreases the risk of adverse perinatal outcome due to both labour and delivery complications in the Term Breech Trial. Term Breech Trial Collaborative Group. BJOG 2004; 111: 1065-1074.

- odhadovaná hmotnosť plodu $\leq 2 500$ g, $\geq 3 500$ g u prvoroďčky alebo $\geq 3 800$ g u viacroďčky (zohľadniac hmotnosť už narodených detí)
- intrauterinná rastová reštrikcia plodu – odhadovaná hmotnosť plodu ≤ 10 . percentil
- nepomer medzi obvodom hlavičky a bruška
- anomálie plodu nedovoľujúce vaginálny pôrod
- iné naliehanie ako kompletný KP, resp. poloha zadočkom
- hlavička plodu v hyperextenzii
- pri myomatóznej maternici alebo po predchádzajúcej operácii na maternici (ak tehotná preferuje rodiť vaginálne, po individuálnom zvážení podmienok je vaginálne vedenie pôrodu možné)

Vaginálne vedenie pôrodu sa neodporúča:

- Pri akýchkoľvek kontraindikáciách vaginálneho vedenia pôrodu.

Podakovanie: Autori ďakujú za spoluprácu najmä vedúcim pracovníkom gynekologicko-pôrodných kliník a oddelení, ktorí poslali vyplnený dotazník, čím prispeli k získaniu potrebných údajov.

Adresa pre korešpondenciu:

MUDr. Vladimír Cupanik, CSc.
GPN, s. r. o.
Partizánska 27, 811 03 Bratislava
e-mail: cupanik@gpn.s

doc. MUDr. Miroslav Korbeľ, PhD., I. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a UNB Bratislava

MUDr. Peter Mareš
GPN, s. r. o., Bratislava

doc. MUDr. Jozef Záhumenský, PhD.
II. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a UNB, Bratislava

MUDr. Peter Kaščák, PhD.
Gynekologicko-pôrodná klinika, FN Trenčín

11. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, et al. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. Obstet Gynaecol 2004; 103(3): 407-412.
12. Guiliani A, Scholl WM, Basver A, et al. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(6): 1694-1698.
13. Gilby JR, Williams MC, Spallacy WN. Fetal abdominal circumference measurements of 35 and 38 cm as predictors of macrosomia. A risk factor for shoulder dystocia. J Reprod Med 2000; 45(11): 936-939.
14. Wolf H, Scaap AH, Bruinse HW, et al. Vaginal delivery compared with caesarean section in early preterm breech delivery: a comparison of long term outcome. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106 (5): 486-491.
15. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf RCOG. Management of breech presentation. Green Top Guideline No. 20 b. BJOG 2017; 27.
16. ACOG. Mode of Term Breech Delivery. Committee opinion No 3400. 2006; 3. reaffirmed 2016.
17. Lavin JP Jr, Eaton J, Hopkins M. Teaching vaginal breech delivery and external cephalic version. A survey of faculty attitudes. J Reprod Med 2000; 45: 808-812.
18. https://www.dggg.de/fileadmin/documents/leitlinien/archiviert/federfuehrend/015051_Geburt_bei_Beckenendlage/015051_2006.pdf
19. Unzeitig V, Binder V, Velebil P. Doporučený postup pri vedení prenatálnej péče a porodu donošeného plodu v polohe koncom pánevím. Čes gynek 70; 2005: 70(6): 462.
20. Black M, Bhattacharya S, Philip S, et al. Planned Cesarean Delivery at Term and Adverse Outcomes in Childhood Health. JAMA 2015; 314(21): 2271-2279.