

OPERAČNÍ VAGINÁLNÍ POROD

Doporučený postup

České gynekologické a porodnické společnosti (ČGOPS)
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS)

Autor: Šimetka O.

Oponenti: výbor Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGOPS ČLS JEP
výbor ČGOPS ČLS JEP

Revize doporučených postupů ČGOPS ČLS JEP publikovaných v Čes. Gynek. 2013, 78, supplementum, s. 54–56. Schváleno výborem ČGOPS ČLS JEP dne 4. 3. 2016.

Čes. Gynek., 2016, 81, č. 2, s. 93–94

1 ÚVOD

Operační vaginální porod (assisted vaginal delivery; AVD) je důležitou součástí moderní porodnické praxe. Vakuumextrakce (VEX) i forceps (F) jsou metody sloužící k usnadnění porodu hlavičky v indikovaných situacích. Jedná se o porodnické techniky užívané vesměs v akutních a urgentních situacích, jejich užití ale může být i plánované.

Operační vaginální porod je spojen s riziky pro matku i pro plod a každou indikaci je tedy nutné pečlivě zvažovat. Na druhé straně, nelze ale provozovat porodnickou praxi bez užití těchto technik.

Vaginální porod je spojen s porodnickou vaginální operací v různých zemích s různou incidencí. V České republice je užití operačních technik při vaginálním porodu málo časté (do tří procent [2014]), ve světě je užití častější (10–15 %). Volba techniky se liší v jednotlivých zemích a pracovištích v závislosti na zvyklostech a výcviku personálu.

VEX a forceps, byť často užívané v téměř identických situacích, s sebou nesou poněkud odlišné výhody a také odlišná rizika.

Porodník volí nástroj (VEX nebo forceps) s ohledem na své dovednosti, technické podmínky, specifické okolnosti porodu a vybavení pracoviště.

2 PODMÍNKY VÝKONU

2.1 Indikace

Indikace k operačnímu vaginálnímu porodu lze rozdělit na **indikace ze strany plodu** a **indikace ze strany matky**.

Ze strany matky

- prodloužená II. doba porodní z různých důvodů

- délka II. doby porodní je nicméně předmětem debat, tradičně se její maximální délka udává 2 hodiny u prvoroďičky a 1 hodina u víceroďičky, nicméně délka druhé doby může být ovlivněna epidurální analgezií
- je nutné stanovit příčinu nepostupujícího porodu a vyloučit situaci neumožňující vaginální dokončení porodu, zejména kefalopelvický nepoměr
- sekundárně nedostatečná děložní činnost u protrahovaného porodu nereagující na podání oxytocinu, u vyčerpané rodičky či nedostatečné funkce břišního lisu nebo u porodu s abnormální rotací hlavičky
- potřeba snížení zátěže rodičky – u stavů či chorob, kdy by v důsledku nadměrné námahy mohlo dojít ke zhoršení stavu matky (např. proliferativní retinopatie, kardiopatie, hypertenzní krize, neurologická onemocnění, závažná plicní onemocnění)
- nutnost rychlého ukončení porodu v různých situacích – epileptický záchvat, eklamptický záchvat, bezvědomí matky

Ze strany plodu

- předpokládaná tíseň plodu
- speciální situace – např. usnadnění porodu hlavičky u císařského řezu (VEX, F); užití kleští na následnou hlavičku u vaginálního porodu plodu v poloze koncem pánevním

2.2 Kontraindikace

- nesplněné podmínky k provedení extrakční operace

- nezralost plodu - méně než 36. týden, (s velkou opatrností lze užít i u plodů gestačního stáří 34–36. týdnů); tato podmínka platí jen pro VEX; užítí F je bez omezení gestačního stáří
- známé onemocnění plodu provázené poruchou mineralizace kostí (osteogenesis imperfecta) nebo známé krvácivé onemocnění plodu
- jiné komplikace neumožňující dokončení porodu vaginální cestou
- obličejová a čelní poloha
- vlastní trakce za respektování osy porodního kanálu
- sejmutí kleští
- po ukončení výkonu pečlivá kontrola porodního poranění matky

3 SELHÁNÍ METODY

Ani jedna z metod operačního vaginálního porodu nezajišťuje bezpečné dokončení vaginálního porodu. Riziko selhání metody je vyšší v případě vakuumextrakce.

Opatření při neúspěšném pokusu

Při prvním sklouznutí peloty VEX se doporučuje opětovné nasazení peloty, vytvoření podtlaku a pokračování ve výkonu.

Po dvou sklouznutích se doporučuje buď provedení ještě jednoho posledního pokusu o VEX, anebo rovnou přechod na porod kleštový nebo ukončení porodu císařským řezem.

Po třech sklouznutích by situace měla být řešena již jinou metodou (kleštěmi nebo císařským řezem).

V případě selhání kleštového porodu by situace měla být řešena císařským řezem.

Císařský řez prováděný v II. době porodní je nicméně výkon rizikový, který je spojen s vyšším výskytem komplikací pro matku i novorozence a operátor si musí být této skutečnosti vědom a rozhodnout se na základě okolností konkrétního případu.

Poznámka

Selhání operačního vaginálního porodu je závažná a obtížně řešitelná situace;

- každý případ selhání by měl být podroben rozvaze, zda bude použit jiný nástroj (F po VEX), nebo zda bude proveden císařský řez bez dalšího pokusu o instrumentální porod;
- horší perinatologické výsledky spojené s VEX a F jsou spíše výsledkem podmínek, kvůli kterým je výkon indikován (např. hypoxie, protrahovaný porod) než se samotnou metodou operačního vaginálního porodu;
- hranice, kdy bude selhání metody řešeno jiným nástrojem, opakováním výkonu stejným nástrojem nebo rovnou přechodem k císařskému řezu nemůže být přesně stanovena a bude vždy výsledkem úvahy klinika v závislosti na okolnostech porodu.

Výkon patří k porodnickým operacím a měl by být sepsán operační protokol.

2.3 Podmínky a předpoklady úspěšné operace

- podmínky umožňující vaginální instrumentální porod
- poloha plodu podélná hlavičkou (záhlavím, temenem, záhlavím v abnormální rotaci)
- hlavička vstoupá v šíři pánevní
- odteklá plodová voda
- zašlá branka
- u VEX plod starší 36 týdnů (výjimečně lze užít i u plodů gestačního stáří 34–36. týdnů), užítí F je bez omezení gestačního stáří
- informovaná rodička, je-li při vědomí
- respektování základních pravidel aseptiky (nejedná se ale o sterilní výkon)
- přítomnost porodníka se zkušenostmi s danou porodnickou technikou
- znalost opatření pro případ neúspěšné vaginální operace a podmínky k jejich zajištění
- znalost porodnického nálezu a správná indikace

2.4 Technika provedení

Vakuummextrakce

- vyprázdnění močového měchýře
- zavedení peloty
- kontrola nasazení peloty k vyloučení zachycení poševní stěny mezi pelotu a hlavičku
- vytvoření podtlaku (0,6–0,8 kg/cm², cca 400–600 mm Hg) a opětovná kontrola pochvy a peloty
- při nástupu kontrakce pak za pomoci břišního lisu rodičky vytváříme mírný, stabilní tah za pelotu, přičemž respektujeme osu porodního kanálu
- po ukončení výkonu pečlivá kontrola porodního poranění matky

Forceps

- vyprázdnění močového měchýře
- zavedení kleští
- uzavření kleští a pokusná trakce