

# PORÓD W POŁOŻENIU MIEDNICOWYM PŁODU - FIZJOLOGIA CZY PATOLOGIA? ROZWAŻANIA HISTORYCZNE

## A delivery in breech presentation – a physiology or pathology? Historical deliberations

JANUSZ KUBICKI<sup>B,D,E,F</sup>

Emerytowany profesor PMWSZ w Opolu

**A-** przygotowanie projektu badania (study design), **B-** zbieranie danych (data collection), **C-** analiza statystyczna (statistical analysis), **D-** interpretacja danych (data interpretation), **E-** przygotowanie maszynopisu (manuscript preparation), **F-** opracowanie piśmiennictwa (literature search), **G-** pozyskanie funduszy (funds collection)

### Streszczenie:

Położenie miednicowe płodu stwierdza się w około 3% wszystkich porodów i sposób ich prowadzenia jest ważnym problemem współczesnego położnictwa. W rozpoznawaniu położeń miednicowych płodu przydatne są chwytły Leopolda, osłuchiwanie tętna płodu i KTG (tętno płodu jest słyszalne w nadbrzuszu matki), ale przede wszystkim diagnostyka ultrasonograficzna, która pozwala również na określenie masy płodu i jego dobrostan. W prowadzeniu porodu przy miednicowym położeniu płodu zastosowanie mają: pomoc ręczna sposobem Cowjanowa – Brachta, pomoc ręczna sposobem Veit – Smelliego (*auxilium manuale*), natomiast w przypadkach zarzucenia rączek ich uwolnienie sposobem klasycznym, wahaniami Mullera bądź metodą Lovseta. W przypadkach zagrożenia życia płodu lub matki wskazane jest ręczne wydobywanie płodu (*extractio manualis fetus*). Obecnie zaleca się, aby wszystkie położenia miednicowe płodu u pierwiastek rozwiązywać drogą cięcia cesarskiego. Niemniej jednak w przypadku prawidłowego przebiegu ciąży i porodu u wieloródek, prawidłowej masy płodu i jego dobrostanie poród w przypadkach położenia miednicowego płodu może być poprowadzony siłami natury z zastosowaniem pomocy ręcznej. Wymaga to jednak nieustannego kształcenia nowych kadr tzw. rezydentów położnictwa.

**Słowa kluczowe:** położenia miednicowe płodu, rozpoznawanie, prowadzenie porodu

### Summary

The breech presentation of the foetus is noted in approximately 3 percentages of all deliveries and the way they are assessed constitutes an important issue in contemporary obstetrics. In order to recognize the breech position the Leopold's holds are used as well as foetal pulse rate auscultation, cardiotocography (CTG) and ultrasonography (USG), which helps determine the foetal weight and condition. Assisting the delivery of the foetus being in the breech position requires a few exceptional methods of help among which we can find some manual ones named Cowjanow – Bracht and Veit – Smelly. In the case of hands abandonment, their release is achieved either through a classical method called Muller's fluctuations or Lovset's method. When the life of a foetus or a mother is at risk, manual foetus extraction (*extractio manualis fetus*) is recommended. Nowadays, all breech positions in primigravidas receive the recommendation for the caesarian section. When the position appears in multigravidas and the pregnancy proceeds with no complications and the foetal weight is normal, the delivery might be natural with the manual help. It, however, calls for a continuous education of the obstetrical staff namely residents.

**Keywords:** breech position, diagnosis, breech delivery

## Wstęp

Prowadzenie porodu w przypadku miednicowego położenia płodu jest jednym z ważniejszych problemów współczesnego położnictwa, gdyż porody tego typu stanowią około 3% wszystkich przypadków. Budzą one wiele kontrowersji z powodu różnicy zdań co do sposobu ukończenia porodu: siłami natury przy pomocy ręcznej czy też wzrastającymi obecnie wskazaniami do cięcia cesarskiego.

W niniejszym artykule postaram się przedstawić aktualne poglądy na temat prowadzenia porodu w przypadku miednicowego położenia płodu. Jednocześnie chciałbym przypomnieć nazwiska luminarzy położnictwa, którzy temu problemowi poświęcili swoją uwagę [1,2].

Miednicowe położenie płodu stanowi około 3% wszystkich porodów [3,4]. Wyróżnia się następujące rodzaje położenia miednicowego płodu: położenia miednicowe zupełne, kiedy przodują pośladki wraz z obiema stópkami; położenia miednicowe niezupełne, które obejmują: położenia pośladkowe (przodują same pośladki), położenia stópkowe (zupełne i niezupełne w zależności od ilości przodujących stópek), niezwykle rzadkie położenia kolankowe (zupełne i niezupełne). Przy położeniu miednicowym zupełnym (przodują pośladki wraz z obiema stópkami), tzw. płaszczyzna miarodajna, czyli płaszczyzna przejścia przez kanał rodny jest taka sama jak przy prawidłowym położeniu główkowym i wynosi 32 cm. Natomiast przy położeniu miednicowym niezupełnym pośladkowym wynosi ona tylko 27 cm, a przy położeniu stópkowym tylko 24 cm.

W tym miejscu warto zadać sobie pytanie, dlaczego w czasie porodu płód ustawia się w położeniu miednicowym, skoro wiadomo, że w VII i VIII miesiącu ciąży większość płodów znajduje się w położeniach podłużnych miednicowych. Do najczęstszych przyczyn takiego stanu należy zaliczyć: patologiczną budowę miednicy kostnej: miednica płaska, ogólnie ścieśniona, skośna (zwłaszcza po urazach komunikacyjnych); patologiczną budowę macicy: jednoróżna, dwuróżna, zrosty wewnątrzmaciczne, przegrody; guzy w kanale rodny: mięśniaki macicy, guzy jajnikowe; wady płodu: wodogłowie, bezczaszki, bezmózgowie, przepukliny mózgowo-rdzeniowe, torbielowatość nerek, wodobrzusze, zarośnięcie ujęcia wewnętrznego cewki moczowej z olbrzymim pęcherzem moczowym, przepukliny pępkowe i inne; łożysko przodujące; wielowodzie i małowodzie; ciążę mnogie; ciążę obumarłą; porody przedwczesne. W wielu przypadkach przyczyna miednicowego położenia płodu nie jest możliwa do ustalenia, ale nie ma to żadnego znaczenia klinicznego. Aczkolwiek u niektórych kobiet można zaobserwować skłonność do nawykowych porodów płodów w położeniach miednicowych. W przypadkach położenia miednicowego główka płodu ma charakterystyczny kształt czótenkowaty (*hiperdolichocephalia*), tj. długogłowie z spłaszczoną potylicą spowodowaną działaniem mięśni brzucha matki podczas porodu.

## Rozpoznanie położenia miednicowego płodu

Podstawowym badaniem służącym rozpoznaniu położenia miednicowego płodu jest III chwyt Leopolda (Christian Gerhard Leopold – Drezno 1846–1911), podczas którego stwierdzamy główkę płodu w dnie macicy, a nieregularną w kształcie i miękkości część przodującą płodu nad wchodem miednicy. Oczywiście badanie to jest szczególnie utrudnione w przypadkach otyłości ciężarnej, czy też wielowodzia. Bardzo pomocne jest osłuchiwanie tętna płodu za pomocą słuchawki położniczej. Wykazuje ono obecność tętna płodu w nadbrzuszu matki, co potwierdzamy również głowicą kardio KTG. Bardzo ważne, zwłaszcza podczas porodu jest badanie wewnętrzne przez pochwę, które ostatecznie pozwala na rozpoznanie miednicowego położenia płodu.

Niemniej jednak często popełniane są poważne błędy diagnostyczne podczas badania wewnętrznego, zwłaszcza przez niedoświadczonych położników, i tak: obrzęk okołoporodowy twarzy płodu (przy położeniu twarzyczkowym) przyjmowany bywa za pośladki płodu; kość krzyżowa płodu jest rozpoznawana jako kości móżgoczaszki; odbył płodu jest mylony z jamą ustną (czasami dochodziło nawet do obrażeń policzków i jamy ustnej); wypadniętą rączkę w położeniach poprzecznych płodu przyjmowano niekiedy za stópkę płodu.

H. Martius w swojej książce *Operacje położnicze* [5] opisuje przypadki, kiedy to podczas badania wewnętrznego przez pochwę dochodziło do uszkodzenia krocza, a nawet gałki ocznej płodu. Dlatego też badanie wewnętrzne w tych przypadkach musi być prowadzone szczególnie delikatnie i ostrożnie z niewprowadzaniem palców badającego do żadnych otworów płodu.

Najważniejszym jednak w dobie współczesnej badaniem diagnostycznym służącym rozpoznaniu położenia miednicowego płodu jest badanie ultrasonograficzne (USG), które pozwala nie tylko na ustalenie położenia płodu, ale również na określenie jego dobrostanu (wydolność łożyska w 3-stopniowej skali Grannuma, kieszonek płynu owodniowego AFI, przebiegu pępowiny, przepływów w jej naczyniach, ew. centralizacji w tętnicy środkowej mózgu, lokalizacji łożyska) oraz masy płodu (z tolerancją do 10%), co ma niezmiernie ważne znaczenie dla planowania porodu. Oczywiście zwłaszcza u wieloródek istnieje możliwość zmiany położenia miednicowego płodu na główkowe z chwilą wystąpienia regularnej czynności skurczowej macicy, przy czym absolutnie w dobie współczesnego położnictwa nie wykonuje się już tzw. obrotów zewnętrznych.

## Prowadzenie porodu w przypadkach położenia miednicowego płodu

W tym miejscu należy sięgnąć do luminarzy położnictwa, którzy przeszli do historii opracowując metody prowadzenia tych porodów [1,2]. Podstawowym zabiegiem położniczym podczas prowadzenia porodów miednicowych płodu jest tzw. pomoc ręczna (*auxilium*

*manuale*) zaproponowana przez Eryka Brachta z Berlina podczas Kongresu Ginekologów w Amsterdamie w roku 1938. Pomoc ta polega na tym, że po urodzeniu się płodu aż po dolne kąty łopatek chwytamy płód oburęczniami jak walec, unosimy ku górze i wytaczamy nad spojenie łonowe na podbrzusze matki. W Związku Radzieckim T. Cowjanow już w roku 1928 propagował podobną pomoc ręczną, z tym, że zalecał, aby podczas 2-3 skurczów partych przytrzymywać pośladki płodu w szparze sromowej umożliwiając większe rozwarcie szyjki macicy. Dlatego też obecnie pomoc ręczną stosowaną podczas porodów miednicowych płodu określa się metodą Cowjanowa – Brachta. W Polsce wybitny ginekolog położnik i nauczyciel wielu pokoleń ginekologów i położników, prof. Tadeusz Bulski z Warszawy (wychowałem się na podręcznikach jego autorstwa), propagował podawanie 5 jednostek Oxytocyny dożylnie w trakcie przystępowania do udzielenia pomocy ręcznej, aby wzmocnić siłę skurczu macicy. Niestety podczas porodów z miednicowym położeniem płodu pomoc ręczna sposobem Cowjanowa – Brachta czasami zawodzi z powodu zarzucenia rączek płodu. Najczęściej przyczyną zarzucenia rączek płodu jest zbyt szybkie przystąpienie do interwencji położniczej, kiedy płód nie jest jeszcze urodzony po dolne kąty łopatek. W takich przypadkach istnieją następujące metody ich uwolnienia: uwolnienie rączek tzw. sposobem klasycznym z zagłębienia krzyżowego, wahaniami Muellera (Artur Mueller – Monachium, 1863–1926), metodą Lovseta (Jorgen Lovset, położnik norweski z Bergen). Zdarza się, iż przy zarzucaniu rączek płodu pomoc ręczna jest nieskuteczna i wówczas położnik jest zmuszony przystąpić natychmiast do zabiegu zwanego pomocą ręczną sposobem Veit – Smelliego. Gustaw Veit (1824–1905) był profesorem ginekologii i położnictwa w Rostocku i Bonn, natomiast William Smellie (1697–1763) położnikiem z Londynu. Pomoc ręczna sposobem Veit – Smelliego polega na tym, że hakowato zagiętymi i rozstawionymi palcami wskazującym i średnim ręki zewnętrznej obejmujemy kark płodu ponad barki. Drugiej ręki, tzw. wewnętrznej używamy do tego, aby wejść palcem wskazującym do jamy ustnej płodu, przygiąć główkę, przy czym płód brzuszkiem okraciemy spoczywa na przedramieniu ręki wewnętrznej. Po przygięciu główki stopniowo po kroczu matki wytacza się bródkę, twarzyczkę, czoło, a w końcu potylicę płodu. Mimo że podczas udzielania pomocy ręcznej sposobem Veit – Smelliego wprowadzamy palec wskazujący ręki wewnętrznej do ust płodu, prawie nigdy nie dochodzi do uszkodzeń warg, policzków, czy też zwichnięcia stawu zuchwowo–skroniowego. W piśmiennictwie naukowym opisywane są również przypadki odwróconego zabiegu pomocy ręcznej sposobem Veit – Smelliego, czy też odwróconego sposobu praskiego, kiedy w wyniku wyjątkowej patologii przebiegu porodu płód spoczywa tyłem, tj. grzbietem na przedramieniu ręki wewnętrznej. Pomoc ręczna jest stosowana tylko w tych przypadkach, kiedy główka płodu znajduje się już w miednicy mniejszej [1-5].

W historii położnictwa opisywany jest tzw. zabieg Wiganda – Martina – Winckla, podczas którego główka płodu w przypadkach położenia miednicowego znaj-

dowała się jeszcze we wchodzie miednicy. Zabieg ten odpowiada tzw. wysokim kleszczom i jest całkowicie zarzucony. Oto autorzy tego zabiegu: Wigand – Hamburg (1769–1817), Edward Martin – Jena, Berlin (1809–1875), Winckel – Rostock - Drezno, Monachium (1837–1911). Te informacje historyczne dobitnie wskazują, że olbrzymią rolę w rozwoju nowoczesnego położnictwa odgrywali Niemcy. Do historii położnictwa przeszły również próby wydobywania płodów w przypadkach położenia miednicowego za pomocą kleszczy (Doderlein) oraz haków pośladkowych (Otto Kustner – Wrocław – 1894–1931). Pomoc ręczną (*auxilium manuale*), która ma na celu urodzenie barków i następującej główki płodu należy odróżnić od tzw. ręcznego wydobycia płodu (*extractio manualis fetus*), kiedy w sytuacjach zagrażających życiu noworodka bądź matki przystępujemy jeszcze przed urodzeniem płodu do ściągnięcia nóżki i następnego urodzenia pośladków, tułowia, barków i wreszcie główki. W tym miejscu należy wymienić nazwisko położnej z Brandenburgii, która przeszła do historii położnictwa: Justyny Siegemundin. W swoim podręczniku dla położnych w roku 1699 opisała tzw. podwójny rękoczyn polegający na obrocie wewnętrznym główki płodu na nóżkę za pomocą specjalnej taśmy [1-5].

## Podsumowanie

Położenia miednicowego płodu nie można traktować jako patologii, tym bardziej, że spotykamy je w około 3% wszystkich porodów. W obecnej dobie przyjęto zasadę (wytyczne Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego), że wszystkie przypadki porodów miednicowych płodu u pierwiastek powinny być rozwiązywane drogą cięcia cesarskiego. Również przyjmuje się zasadę wykonywania cięcia cesarskiego w przypadkach miednicowego położenia płodu po przebytym cięciu cesarskim matki, jak również w przypadkach: dużych płodów, obciążających wywiadów położniczych, ułożeń stópkowych i kolankowych, zagrażającej wewnątrzmacicznej zamartwicy płodu, porodów przedwczesnych (możliwość wylewów śródczaszkowych), stwierdzonych wad płodu, chorób matki (EPH – gestora, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego). Natomiast przypadki tych porodów u wieloródek z prawidłowym przebiegiem ciąży i porodu, z prawidłową masą płodu (potwierdzoną badaniem ultrasonograficznym) dobrostanem płodu mogą być prowadzone siłami natury z zastosowaniem pomocy ręcznej. Stawia to przed nami obowiązek systematycznego kształcenia nowych kadr położników. Niestety istniejąca tendencja odstępowania od udzielania pomocy ręcznej w przypadkach położenia miednicowego płodu kosztem rozwiązywania drogą cięcia cesarskiego spowodowała, że wskaźnik cięć cesarskich z lat siedemdziesiątych (około 5%) wzrósł obecnie w wielu szpitalach i klinikach do 50%, a nawet więcej. Aktualnie tzw. rezydenci kształcący się w położnictwie mają duże trudności w nauce udzielania pomocy ręcznej, czy też prowadzeniu porodów kleszczowych.

## Piśmiennictwo

1. Brzeziński T. *Historia medycyny*. Warszawa: PZWL; 1995.
2. Waszyński E. *Historia położnictwa i ginekologii w Polsce*. Wrocław: Volumed; 2000.
3. Bręborowicz G. *Położnictwo*. Warszawa: PZWL; 2002.
4. Martius H. *Położnictwo*. Warszawa: PZWL; 1960.
5. Martius H. *Operacje położnicze*. Warszawa: PZWL; 1960.

Adres do korespondencji:

Dr hab. Janusz Kubicki

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

ul. Katowicka 68 45-060 Opole

Tel. + 48 774 536 001

E-mail: kubickijanusz1941@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 03.02.2014

Po recenzji: 10.02.2014

Zaakceptowana do druku: 15.02.2014