

POŁOŻENIE MIEDNICOWE: 3-4%, 25% <28hbd, 3x wzrost zachorowalności/umieralności noworodka, korzystne: miednicowe zupełne>60% pośladkowe>>kolankowe>stópkowe zupełne/niezupełne przyczyny: 80% idiopatyczne, PP, wielowodzie, małowodzie, nieprawidłowa miednica, ciąża mnoga, łożysko przodujące, ścieśniona miednica, guzy miednicy, wady rozwojowe płodu

powikłania: niedotlenienie (ucisk pępowiny 3-5 min), uraz (brak adaptacji główki, pęknięcie namiotu mózdku/dużych naczyń, krwotok podtwardówkowy, złamanie k czaszki, PP, PROM, wady)

niekorzystne rokowanie: stóp/kolan, nieprawidłowa miednica*, odgięta główka* (30% uszkodz), >3500g*, <2500g, słaba cz skurczowa*, mały postęp porodu, choroby matki, wywiad* (niepłodność, poronienia, uszkodzone dziecko, zgon), <16rz/>29rz (pierwiastka*), niepodatna szyjka, PROM* <R2cm, niedotlenienie, zakażenie, <36*/>42hbd, cz przodująca nad wchodem - *cc

obrót zewnętrzny: czoło-pośladki - obrót przez grzbiet, >37tyg, tokoliza, KTG 1h po (przedwczesne oddzielenie łożyska, zaburzenia pępownowe, śmiertelność 1% dzieci)

p/wsk: p/wsk do tokolizy, krwawienie, łożysko przodujące, bliźniaki przed porodem bliźniaka A, regularna cz skurczowa, PROM, stan po cc/oper, małowodzie, niewspółmierność porodowa, wskazania do cc, łożysko na śc przedniej

mechanizm: wejście pośladków do wchodu miednicy i zstępowanie do dna miednicy (wymiar międzykrętarzowy w wymiarze poprzecznym/skośnym wchodu)

pokonanie zgięcia kanału rodowego i poród pośladków (wymiar międzykrętarzowy w wymiarze prostym miednicy i zgięcie kręgosłupa do boku)

poród tułowia (obrót grzbietu pod spojenie – wstawianie barków w wymiarze poprzecznym do wchodu)

poród barków przedniego i tylnego (wstawianie barków w wymiarze prostym do wchodu)

poród główki (po urodzeniu dolnych kątów łopatek główka wstawia się szwem strzałkowym poprzecznie do wchodu i podłużnie do wchodu)

poród samoistny – wyczekiwanie i działania po urodzeniu dolnego kąta łopatki (włożenie palca do ust), samoistny w asyście (m Brachta bez ucisku na dno, 5j oxyt)

pomoc ręczna: m Brachta (ucisk na dno macicy – uniknięcie zarzucenia rączek, wstawianie/przygięcie główki i obrót płodu wokół spojenia), klasyczne uwolnienie rączek (uchwycenie stóp ręką od str brzuszka i zgłaskanie ramienia jednoimienną ręką z zagłębienia miednicznego, przerywany obrót o 180 st i uwolnienie drugiej rączki), m Lovseta (uwolnienie tylnej rączki i obrót przez przód o 180 st pod spojenie oraz przedniej w kierunku przeciwnym o 180 st), m Mullera (uwolnienie przedniej rączki przez pociąganie skosem ku dołowi i tylnej przez pociąganie skosem ku górze), m Veit-Smellego (poród następującej główki (ręka od strony brzuszka – jeździec zwrot główki do wymiaru prostego i przygięcie, ręka zewnętrzna na barkach, pociąganie i obrót wokół spojenia)

POŁOŻENIE POPRZECZNE: 1% porodów, prostopadła/skośna oś płód/macica – wskazane cc

mechanizm: zachowane wody (zagrożenie dla płodu), PROM (zagrożenie matki i płodu – wypadnięcie rączki/pępowiny) pełne rozwarcie (wklinowanie barku, pęknięcie macicy)

poród samoistny: bardzo małe płody <500g, zmacerowane, obszerna miednica (poród zdwojonym ciałem)

obrót zewnętrzny (bliźniak B), nie obrót wewnętrzny (śmiertelność matek 3%, płodów 20-30%)

VE: ciśnienie 500-600(800)mmHg, pelota ≥6cm, nie <34hbd, 34-37 <500mmHg, do 5 trakcji 2 odessań

warunki: pełne rozwarcie, brak błon płodowych, brak niewspółmierności porodowej, główka co najmniej w próżni (wyjątek bliźniak B), brak nagłych wskazań, ocena sytuacji, pelota powyżej ciemienia dużego, >34tyg i>2500g, opróżn pęch/odbyt, współpraca, db skurcze i przygięcie

powikłania: uszkodzenie tk miękkich matki/płodu, krwiak pod okostną i pod czepcem (10x↑VE, w PP, ↓cz IX, szybki poród, makrosomia, M), skoki ciśnienia śródczaszkowego, krwawienie do siatkówki, pęknięcie kości czaszki, uszkodzenia nerwów

p/wsk bezwzględne: niewspółmierność porodowa, zachowane błony płodowe, brak R10cm, położenie twarzączkowe/miednicowe/poprzeczne,

względne: czołowe, duży asynklityzm, względna niewspółmierność, makrosomia, brak dojrzałości płodu, znieczulenie ogólne, brak adekwatnej cz skurczowej, brak współpracy

wskazania: przedłużający się II okres, zagrażająca zamartwica, choroby matki (choroby serca, ukł oddechowego, okulistyczne, NT, wstrząs, wyczerpanie), poród II bliźniaka, w czasie cc

KLESZCZE:

warunki: prawidłowa miednica, R10cm, brak błon płodowych, pkt prowadzący poniżej I m/kolc, żywy płód, pusty pęcherz, znieczulenie, doświadczenie

wskazania: skrócenie II okresu, przedłużony II okres >2h (3h w ZZO), zagrożenie płodu, matczyne (ch serca, dystrofia mm, miastenia gravis, wyczerpanie fizyczne)

rokowanie: nieprawidłowa miednica, wysokość pkt prowadzącego >+2, makrosomia, niewspółmierność porodowa, płód skrajnie niedojrzały, silne odgięcie/asynklityzm, nieprawidłowy zwrot główki

p/wsk: nieustalona główka, nieprawidłowe ułożenie (czołowe, twarzączkowe), pkt prowadzący powyżej I

m/kolcowej, >4000g, brak doświadczenia
kleszcze wyjściowe: główka widoczna bez rozchylania warg, pkt w dnie +5, szew strzałkowy w wymiarze prostym/skośnym, główka napina krocze, rotacja główki <45st
niskie: pkt prowadzący $\geq +2$, rotacja główki może >45st
średnie, próżniowe: pkt prow <+2, główka ustalona
mechanizm: prezentacja – lewa łyżka, lewa ręka, lewa str miednicy po 4p – prawa – zamknięcie zamka – sprawdzenie zamknięcia/objęcia główki/tk miękkich – trakcja próbna – poziomo do potylicy pod spojeniem i ku górze

wymiar skośny – kleszcze dwuciemieniowo – wędrowanie łyżki przedniej pod spojenie
wymiar poprzeczny – ciemię tylne po lewej str kleszcze w skosie lewym – rotacja z trakcją

CC: 2-4x wzrost śmiertelności matek, 10-12% Irz,

ZZO 30min, PP 15min, ogólne 5min (od nacięcia do wydobycia max 3min)

wskazania: zamartwica, dystocja szyjkowa, położenie miednicowe 4%, poprzeczne, przedwczesne oddzielenie łożyska, łożysko przodujące, PP (1%, 500-1000g), bliźniaki, małopłytkowość alloimmunologiczna płodu (>50tys PSN, <50 cc), wady (wodogłowie, ściany jamy brzusznej), HSV2, stan po wycięciu mięśniaka z otwarciem jamy macicy, pęknięcie macicy w wywiadzie, cięcie w odwrócone T, klasyczne (przed okporod usunięciem macicy, brak dolnego odcinka, łożysko przodujące, położenie poprzeczne w PP), inwazyjny rak szyjki

powikłania: krwotok, uszkodzenie pęcherza (dwiwarstw?, cewnik 10dz), endometrit 35%, zakażenie rany 2,5-16%, anestezjologiczne, uszkodzenie jelit, zab oddychania, ChZZ

cc po cc: nieprawidłowa miednica, zagrażające pęknięcie macicy, krwotok, zagrożenie płodu, poł miednicowe, bliźniaki, pwsk PSN (próba 85%, efekt 50-80%)

PROM: przerwanie ciągłości tkanek worka owodniowego z odpływaniem płynu przed rozpoczęciem porodu, 2-18% ciąży, 3% <37hbd, 1/3 PP

przyczyny: zakażenie, nadmierne rozciągnięcie macicy, krwawienie, ch tk łącznej, niedobory Cu/vitC, operacje szyjki, jatrogenne, PIH, cukrzyca, niedokrwistość, palenie, (nie: seks, BW)

diagnostyka: w/w, BW, badanie mikroskopowe (kom owodni, naskórka, gruczoły łojowe), pH 7,1-7,3, test krystalizacji (mukopolisacharydy/sole), test kom oranżowych, ILGFBP-1

powikłania: zakaż matki/płodu (10% donoszonych - czas, 20% PP), wcześniactwo, niedotlenienie (ucisk pępowiny, oddzielenie łożyska, nieprawidłowe położenie), uraz, zab rozwojowe (hipoplazja płuc, zniekształcenia twarzy/kończyn, IUGR)

leczenie: zachowawcze (leżenie, KTG, AFI co 7dni, posiew, L, CRP, IL6),

aktywne: tokoliza, sterydy (PROM>24-48h uszkodzenie pneumocytów II rz, gorsza odpowiedź na sterydy, zwiększony rozpad surfaktantu – dyspl o-pł, <48h wyrzut cytokin – \uparrow ACTH, kortyzol), antybiotyki (profilaktyka 6h? – immunosupresja, ampicylina iv + gentamycyna, ew erytromycyna lub cefalosporyna Igen do2d po ust obj), auto PLT i krioprecypitat, klej fibrynogenowy (po szwie), gąbki żelatynowe (<22tyg po szwie + amniointuzja 150ml – przez amniopunkcję), amniointuzja

czynne: >36hbd – 80% w 24h samoistny poród, ew indukcja (oxyt/pG), <26hbd – przeżycie 25-40%, prawidłowy rozwój 40% (leczenie/indukcja), 26-34hbd (leczenie/indukcja), 34-36hbd – obserwacja, bez sterydów, ew tokoliza, amniointuzja

ACOG: indukcja 0-72h, antybiotykoterapia <36hbd, sterydy <32hbd (można <34), ograniczenie BW

ZAKAŻENIE WEWNĄTRZOWODNIOWE: 0,5-2% ciąży, wstęp>krwion/jatrog, Batceroid 25%, paciork 25%, EC 10%, inne Gr-10%

ryz: wcześn, rodn, dług porodu, BW, monitor bezpośr, PROM, zielone wody, cukrz

rozp klin:>37,8 bez ognisk zakaz +2 z: HR>100 +/- FHR>160, \uparrow wrażl mac, L>15tys, niepr zapach płynu owodn
dgn: surow – \uparrow L obojętn i przesun w lewo, \uparrow GCSF, IL6 (najwcześ), TNF α , CRP, ferrytyna, prokalcyton, \downarrow dopełn

pochw – BV, \uparrow TNF α , IL1,6,8, fibronektyna, ferrytyna, owodn – bakt, \downarrow glukozy<5mg%, \uparrow L, GCSF, TNF, IL1,6

niepr KTG, PB, USG (\downarrow AFI, szyjka<15mm), HP (tylko zap. nacz pł, kosm i pep - zakaż wewnątrzowodn)

m: posoczn/wstrz/DIC, zakaż połów, dyst szyjk, \uparrow cc, pł: FIRS (II6>11), uszk tk/niedotl (obrz kosm, odddziel, \uparrow zuż O,

\downarrow przepeł, endotox), zgon, now: posoczn/wstrz, krwaw dokom, poraż m, leukomal, RDS, dyspl oskrz-płuc, NEC, PP

lec: antybiotyk+/-zakończ ciąży (\downarrow rok opóźn antybioty, EC/str B w pł owodn, \downarrow masa ur)

INDUKCJA PORODU: sztucz wywoł cz sk przed jej samoist rozp w celu urodz drogą natury (preinduk – KTG 60m)

wsk: PIH, PROM, zakaż, zagroż pł (obj zagr, IUGR, przeterm, konfl serol), matki (cukrzyca, nerek, tk łącz, oskrzeli,

serca), obsoleta, logistyczn (wady, ↑odległ, ↑R)

oxyt: jądra pzwg, pulsac (przed 2/h, I 8/h, II 13/h), nn, brod, rozc pochwy i szyjki – o Fergusona, ↑osmol osocz bezp na mm, ↑synt PGF2 (uczul na oxyt), antydiuret >20mj/min, max po 40min

pocz 0,5-2mj/m (4k/m=12ml/h, 20k=1ml=10mj) ↑o 2mj/h co 30-60m (ew geom), max 16 (96ml/h)-40mj/m –

PROM ↓o ½, po por 5j i wlew 1h, preinduk 0,5-2mj/m przez 12-18h bez cz surcz (KTG), nie <4h po PG powikł: zatr wodne (drg, śpiączka, zgon), hiperstym (>5/10m przez 20m lub >2/min +zab FHR), niedotlen pł, przedwcz oddziel, pęk mac/szyjki, gwałt poród, brak post, ↑bili now, atonia popor

PG: z doczes/owod, mizoprost PGE1: brak rej, ↑stabil, tani, ↑PSN, ↓cc, ↓zuż oxyt, ew w atonii macicy 3-4 tabl pr,

ACOG dopuszcza stos do indukcji porodu dopochwowo ≤25µg (1/8 tabl 200mg) i powt po >3-6h, oxyt po 4h

PTG tylko preindukcja obsolet, ind niezdolnych do życia/poronień

dinoprost PGE2: og (0,5mg/h i co 2h <6h, szybko skurcze, ↑npoż), msc (dojrz szyjki-skurcze do 12h) do 0,5mg szyjki

ew powt po 6-12h (do1,5mg/d), hiperstym 1%, dz po 1h, żel/wkł dopochw/ cewnik zewnowodn, ew w PROM?

pwsk: jaskra, astma, ch serca, wątr, nerek, HSV, ↑nap mac, PROM, stan po cc,

npoz: bieg, wym, ↑astmy/jaskry, ↓HR, uczul, ↑T, hiperst

E: 12-24h przed oxy w celu dojrz szyjki i ↑wrażl mac, zab laktacji, **mifepriston:** antyP, preindukcja, 600mg/d 2d

mechan: odziel bł i wpraw palca do k szyjki przez 3d – poród u 70% (pGF), drażn brod, stosunek

rozsz – oszsz biol/polimer, cewnikFoleya 30-50ml (II/pociąg2-4/h/zewnątrowodn inf40ml/h)

amniotomia: IIo, I wtórne ↓cz skurcz, ocena st pł, amnionfuzja, (pG, ↓V, rozw szyjki przez nap główki, zakaż wst)

pwsk bzwgl: przod cz drob, nacz błędz, zakaż, miedn, wsk do cc, wzgl: wielow, wys gł, PP, niedojrz szyjki