

STUDIJNÍ MATERIÁLY SEMINÁŘŮ O FYZIOLOGII PORODU 2017

Čtvrtý seminář



ASOCIACE
PRO PORODNÍ DOMY
A CENTRA

Praha 2017

OBSAH

ZÁKLADEM PRO KRIZOVÉ STAVY JE PREVENCE	3
POSKYTOVÁNÍ ADEKVÁTNÍ ASISTENCE V KRIZOVÝCH SITUACÍCH	10
„Komplikovaný“ nebo „zkomplikovaný“ porod?	12
Pomalý postup/neuspokojivý progres porodu	12
Komplikace zvané „malpresentation“ (špatné naléhání) a „malpositions“(špatné postavení)	18
POROD KONCEM PÁNEVNÍM	21
STAVY NOUZE	24
Dystokie ramének	25
Poporodní krvácení	27
Tíseň plodu	29
Prolaps pupečníku	30
Dítě narozené s nízkým APGAR skóre, KPR novorozence	31
VÝZKUMNÉ OKÉNKO PORODNÍ ASISTENTKY	35
VÝCHOZÍ LITERATURA	37

ZÁKLADEM PRO KRIZOVÉ STAVY JE PREVENCE

ZÁKLADNÍ DOVEDNOST PA = PŘEDVÍDÁNÍ

Většině krizových stavů lze předejít

Některými základními aktivitami, které vedou k tomuto předcházení, jsou:

- Pečlivé plánování (příčina – následek), rozlišování (fyziologie – patologie)
- Dodržování klinických pokynů a doporučení EBP (dobré praxe)
- Důkladné sledování ženy, komplexní sledování celkových všech příznaků ženy (klinický stav, chování, pohyby, emoce, způsoby zvládání porodního procesu, atd.)

OBECNÉ ZÁSADY KOMUNIKACE A PODPORY V OBDOBÍ STRESU (I MIMO NĚJ)

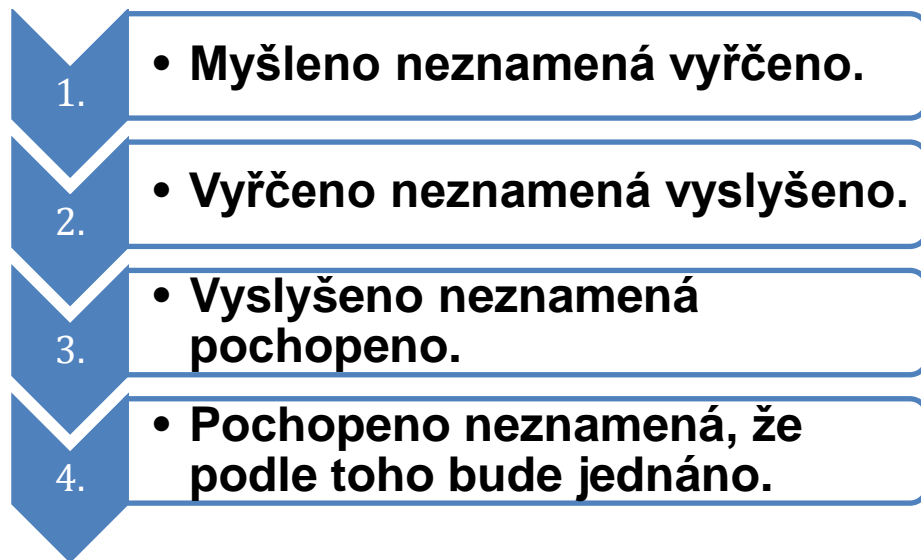
I když každá mimořádná situace je **jedinečná a neuchopitelná**, poskytujeme následující **obecné zásady pro správnou komunikaci**.

Komunikace a skutečná empatie jsou pravděpodobně **nejdůležitějšími klíči účinné péče** v náročných situacích, přitom nejsou samozřejmostí a **je nutné je pěstovat**.

Během období stresu dochází **ke ztrátě účinnosti** komunikace a porozumění tomu, co je sdělováno. Obzvláště v krizových situacích je důležité sdělovat informace **jasně, dobře je formulovat, klidně a stručně je komunikovat konkrétní osobě**.

Zpráva, kterou komunikujeme, musí být *vyslyšena, opakována, pochopena* a musí být podle ní *náležitě jednáno*.

Přestože můžeme mít pocit, že jsme potřebné informace srozumitelně předali, musíme mít na paměti, že:



ZPŮSOBY UČINNÉHO SDĚLOVÁNÍ INFORMACÍ A ŘEŠENÍ KRIZOVÝCH SITUACÍ

SBAR metoda – strukturované a jasné sdělování informací

- primárně slouží jako rámec komunikace mezi zdravotníky a dalšími poskytovateli péče o stavu pacienta.
- obzvláště účinná je právě při krizových situacích, kdy jasně komunikuje důležitá fakta.
- nezbytná pro týmovou práci - kdy je vyžadována okamžitá pozornost a následné intervence

S (situation): Situace – Identifikace zdravotníka a pacienta. Co se děje s pacientem?

B (background): Pozadí – Poskytnutí dostupných klinických informací - Zhodnocení vitálních funkcí, sdělení diagnózy, medikace, alergie, provedené testy a nedávná klinická zjištění

A (assessment): Zhodnocení – Klinická zjištění. Co bereme v úvahu jako možné příčiny pacientova stavu? Je to situace, která ohrožuje život pacienta?

R (Recommendation/repeat): Doporučení/opakování – Co potřebujeme, aby se stalo pro nápravu stavu pacienta? Co potřebujeme od lékaře a kdy potřebujeme, aby se tak stalo?

Obrázek č.1: SBAR metoda

SBAR Clinical Communications Format	
S	Situation: What is going on with the patient?
	<ul style="list-style-type: none"> • State your name / unit • Patient name ____, location _____ • The current situation is _____
B	Background: What is the patient's pertinent history, clinical background, additional information?
	<ul style="list-style-type: none"> • Why patient admitted • Treatment / clinical course summary • Physical assessment <u>pertinent</u> to the problem • Pertinent changes • Relevant H & P
A	Assessment: What do you think is going on with this patient?
	<ul style="list-style-type: none"> • Your conclusions about the present situation
R	Recommendations: What do you think needs to be done?
	<ul style="list-style-type: none"> • What does the patient need and when?

VUMC CL 30-08.04 (Ver 1.8)

Metoda „10 na 10“ - Metoda plánování postupu v krizové situaci

- Vyhlášení stavu „10 na 10“ - **Jeden člověk v 10 sekundách zhodnotí situaci a naplánuje další postup krizové situaci na následujících 10 minut.**
- Všichni se zastaví v tom, co dělají
- Jeden si vezme slovo, ideálně ten, kdo není zapojen do akce.
- Zaúkolování ostatních, kdo co bude dělat, jasné role a co se bude dělat.

ZPĚTNÁ VAZBA

Po zážitku krizové situace je potřeba **zhodnotit průběh intervencí** a psychologicky „ošetřit“ zúčastněné. Pokud je situace obzvláště náročná, měla by být k dispozici i odborná pomoc. Často nedoceňovaná psychická zátěž a náročnost situací může vést ke vzniku posttraumatické stresové poruchy apod. Ke zhodnocení situace slouží **zpětná vazba - feedback**.

ZÁSADY POSKYTOVÁNÍ ZPĚTNÉ VAZBY:

- Sdělování informací by mělo být bez emocí
- Oční kontakt
- Osobní dojmy, postřehy a pocity komunikujeme v první osobě - mám dojem, cítím...
- Hodí se určit vždy minimálně **dva pozitivní body**, které je možné příště **zopakovat**
- Hodí se určit dva body, které je potřeba zlepšit
- Závěr zpětné vazby by měl být pozitivní
- Zpětná vazba by neměla zraňovat

Významem zpětné vazby je potvrdit a podpořit pozitivní jednání, vede nás k osobnímu rozvoji, umožňuje srovnání vlastních a cizích představ, učí nás naslouchat a přijímat kritiku a dává nám podněty ke změně chování.

“Chybovat je lidské. Nepoučit se z chyb je neodpustitelné.”

JAK MLUVIT SE ŽENAMI A JEJICH RODINAMI

Těhotenství je obvykle časem radosti a očekávání. Může ale být také obdobím úzkosti a obav. Hovoříme-li účinně se ženou a její rodinou, může to pomoci vybudovat důvěru ženy v poskytovatele zdravotní péče.

Ženy, u kterých se rozvíjí komplikace, mohou mít potíže v komunikaci s poskytovateli a tím i s vysvětlováním svého problému. Je úkolem celého zdravotnického týmu, aby se ženou hovořilo s respektem a uklidňoval ji.

Podle **IHI** (*Institute for Health Care Improvement*) je problém v komunikaci hlavní příčinou **traumat (70-84 %)** během porodu.

Péče zaměřená na ženu (*Woman Centred Care*), je směr, kterým se vydává moderní medicína. **Zaměření na ženu** znamená, že poskytovatel zdravotní péče a zaměstnanci:

- Respektují důstojnost ženy a její právo na soukromí;



- Jsou citliví a reagují na potřeby ženy;
- Nesoudí rozhodnutí, která žena a její rodina dosud dělali ohledně své péče.

Pochopitelně lze nesouhlasit s rizikovým chováním ženy nebo s rozhodnutím, které vedlo k prodlení v hledání péče. Je však nepřijatelné projevit neúctu vůči ženě nebo ignorovat zdravotní stav, který je důsledkem jejího chování. Poskytnutí korektivního poradenství po vyřešení komplikace, nikoliv před nebo během řešení problému.

KOMUNIKAČNÍ TECHNIKY

Když poskytovatel mluví se ženou o jejím těhotenství nebo komplikaci, měl by používat základní respektující komunikační techniky. Tyto techniky pomáhají poskytovateli vytvořit se ženou vztah založený na upřímnosti, péči a důvěře.

Důvěřuje-li žena poskytovateli péče a věří, že jedná v jejím nejlepším zájmu, je větší pravděpodobnost, že se do zařízení vrátí k porodu, nebo brzy po výskytu komplikace.

Komunikační techniky:

1. Mluvit **klidným způsobem** a ujistit ženu, že jejich konverzace je skutečně **důvěrná**.
2. Citlivost k jakýmkoli kulturním nebo náboženským přesvědčením a **respekt k pohledu ženy**.
3. **Vyzvat** ženu a její rodinu, aby hovořili **upřímně a úplně** o důležitých událostech týkajících se komplikace.
4. Vyslechnout, co si žena a její rodina přejí říci, a **povzbuzovat je** k vyjádření svých obav; pokusit se je nepřerušovat.
5. **Respektovat pocit soukromí a důstojnosti** ženy tím, že např. zavřeme dveře nebo zatáhneme závěsy kolem vyšetřovacího stolu.
6. **Ujistit** ženu, že je jí nasloucháno.
7. Používat podpurnou neverbální komunikaci, jako jsou **přikývnutí a usměv**.
8. Odpovědět na otázky ženy přímo a klidně.
9. **Vysvětlit, jaké kroky** budou podniknuty k řešení situace nebo komplikací.

10. Požádat ženu, aby znovu **zopakovala klíčové body** pro ověření porozumění.
11. Pokud se žena musí podrobit chirurgickému zákroku, **vysvětlit jí povahu postupu a jeho rizik** a pomoc snížit tím úzkost ženy. Ženy, které jsou velmi úzkostné, hůře prožívají operaci a dobu zotavování.

EMOČNÍ A PSYCHOLOGICKÁ PODPORA

Nouzové situace jsou často velmi znepokojující pro všechny zúčastněné a vyvolávají řadu emocí, které mohou mít významné důsledky.

EMOČNÍ A PSYCHOLOGICKÉ REAKCE

Na to, jakým způsobem každý člen rodiny reaguje na nouzovou situaci, mají vliv:

- Rodinný stav ženy a její vztah s partnerem;
- Sociální situace ženy / páru a jejich kulturní a náboženské praktiky, přesvědčení a očekávání;
- Osobnosti zúčastněných osob a kvality a povahy sociální, praktické a emocionální podpory;
- Povaha, závažnost a prognóza problému; dostupnost a kvalita zdravotnických služeb.
- Míra zátěže je vždy individuální a záleží na adaptačních mechanismech a možnostech dané ženy.

Mezi běžné reakce na porodní komplikace nebo úmrtí patří:

- **Popření** (pocity "to nemůže být pravda"); i v podobě nevědomého vytěsnění situace, které ovlivňuje emotivní prožívání - psychická labilita, podrážděnost, depresivní ladění
- **Vina** ohledně možné odpovědnosti;
- **Hněv** (často zaměřený na zdravotnický personál, ale často maskuje hněv, který rodiče směřují na sebe za "selhání");
- **Vyjednávání** (zvláště pokud pacient prodlévá určitou dobu mezi životem a smrtí);
- **Deprese a ztráta sebeúcty**, která může trvat dlouho;
- **Izolace** (pocity, že jsou odlišné nebo oddělené od ostatních) může být posílána poskytovateli péče, kteří mohou mít tendenci vyhýbat se osobám prožívajícím ztrátu;
- **Dezorientace**.

- **Disociace** - štěpení, rozdvojení - pocit, že se nás vážná situace netýká. Narušení jednoty vnitřního prožívání a chování (jednání). Postoj pozorovatele, racionální přístup a účelné jednání. Emoce se dostávají až s časovou prodlevou.

PRÁVA ŽEN

Poskytovatelé péče by si měli být vědomi práv žen při poskytování služeb porodní péče:

- Každá žena, která přijímá péči, má právo na informace o svém zdraví.
- Každá žena má právo diskutovat o svých obavách v takovém prostředí, kde se cítí jistě.
- Žena by měla předem vědět, jaký typ postupu má být proveden.
- Žena (nebo její rodina, je-li to nutné) by měla dobrovolně poskytnout informovaný souhlas před tím, než poskytovatel provede nějaký postup.
- Postupy by měly být prováděny v prostředí, ve kterém je respektováno právo ženy na soukromí.
- Ženě by mělo být umožněno se při přijímání služeb cítit co možná nejpohodlněji.
- Žena má právo vyjadřovat své názory na službu, kterou obdrží. Má právo se svobodně rozhodnout, zda si přeje nějaký zákrok či vyšetření, nebo si ho nepřeje, a to po náležitém předchozím poučení.

POSKYTOVÁNÍ ADEKVÁTNÍ ASISTENCE V KRIZOVÝCH SITUACÍCH

Metoda ATLS - Advanced Trauma Life Support

- Systém péče, kdy máme omezené prostředky, nedefinitivní diagnózou a péči poskytujeme i mimo nemocniční prostředí
- Vyhodnocování krizové situace a následné pomoci
- Systém péče (následně kurzy) v krizových situacích vytvořený American College of Surgeons (ACS) v 80. letech. Zaměřen na vyhodnocování priorit v péči, hodnocení stavu pacienta, resuscitaci, stabilizování pacienta a zabezpečení adekvátní péče při přesunu do nemocnice.
- Od roku 2012 kurzy ATLS v ČR zajišťuje Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Hlavní zásady a cíle „pohotovostní porodní asistence“

Interdisciplinární spolupráce (týmová práce) – je nutné pracovat společně jako tým a využívat efektivní komunikaci (metoda SBAR a metoda 10 pro 10)

- Pracovat podle **protokolu/doporučených postupů** – EBP nejlepší doporučené moderní postupy, dle listů indikací, mít připravený plán
- Znalost pracovní prostředí a kolegů, se kterými spolupracujeme
- Plánovat (metoda 10 pro 10) a **předvídat možný vývoj událostí**, uvědomovat si souvislosti.

Základní myšlenková past je, že většinou nepředpokládáme, že se s krizovou situací setkáme, a pokud ano nebudeme na ní sami. **Kalamity se při normálním porodu skutečně dějí.** Nutné je se celoživotně vzdělávat, udržovat odbornost, trénovat komunikační dovednosti, odolnost vůči stresu a zaměřit se na efektivní řešení problémů. Trénink krizových situací vede k osvojení dovedností, které máme k dispozici v krizových situacích. Nepochopíme tak panice, ale víme, co přesně je potřeba udělat.

To co si 1x
vyzkoušíte/zažijete... To už
ZNÁTE.



To co si vyzkoušíte **každý**
rok (trénink řešení krizových
situací)... To už
UMÍTE.



Pokaždé je potřeba
PŘEKONAT STRACH A
ZAČÍT JEDNAT.

„Komplikovaný“ nebo „zkomplikovaný“ porod?

Komplexní přístup k ženě umožňuje předvídat možné rizikové faktory, které mohou ovlivnit průběh porodu. Přestože nepostupující porod není sám o sobě kritickou situací nesprávné porozumění a vyhodnocení progresu porodu, které nespočívá jen v dilataci, může vést k dalším intervencím, které mohou porod zkomplikovat. Důležité je vyhodnotit, jedná-li se např. již skutečně o porod či nikoli. V následující kapitole se budeme zabývat komplikací pomalu postupujícího porodu, malprezentacemi a malpozicemi a zadním postavením plodu.

Na komplikaci lze nahlížet jako na něco, co přichází nečekaně, představuje nějakou potíže a nese s sebou změnu. Některé komplikace mohou být zřejmé již v těhotenství. V takovém případě, ženu o komplikaci informujeme a případně ke spolupráci přizveme další odborníky. Pro vyhodnocování komplikací v průběhu porodu je potřeba dokonale znát fyziologii porodu a řídit se EBP (Evidence Based Practice). Jedině za tohoto předpokladu dokážeme správně diagnostikovat komplikace a správně na ně reagovat.

Pomalý postup/neuspokojivý progres porodu

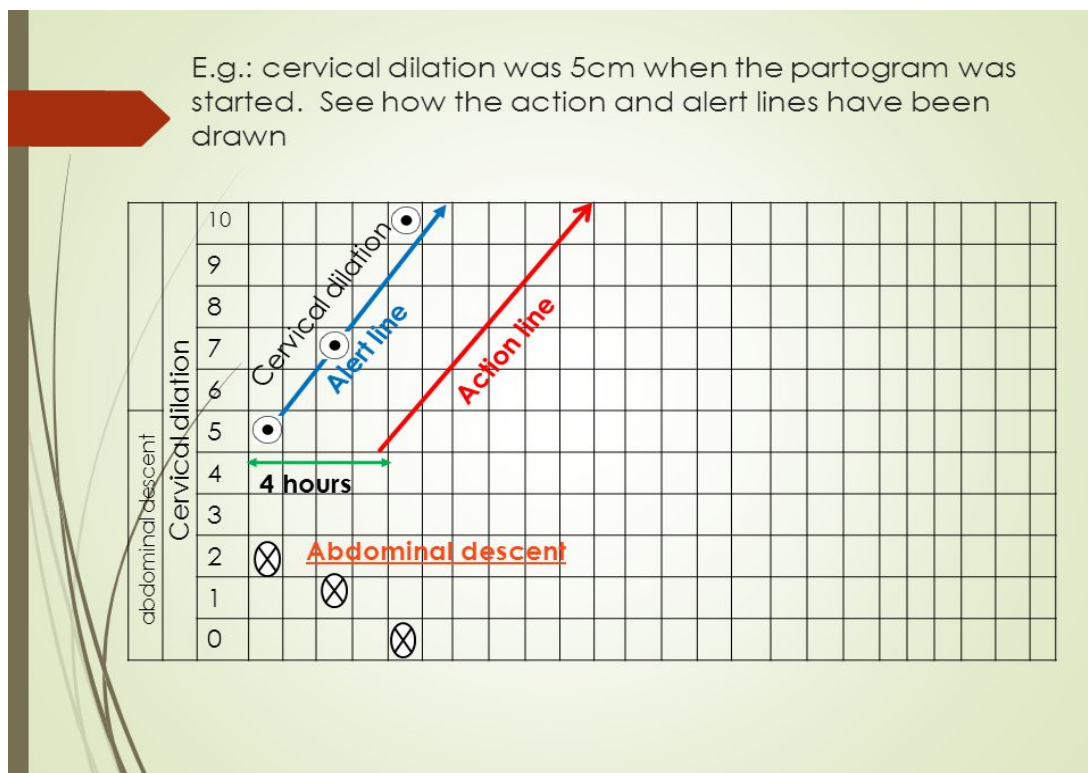
- Přítomnost PA nebo odborné podpory
- Použijte k sledování postupu partogram
- **Pokuste se klientku aktivovat k pohybu**
- **Nikdy nepodceňujte plný močový měchýř**
 - Umělé protržení vaku blan (AROM)

Diagnóza neuspokojivého progresu porodu

Nález	Diagnóza
Cervix není dilatován. Žádné hmatatelné nebo jen občasné kontrakce.	Falešný nástup porodu
Cervix není dilatován více než 4 cm po osmi hodinách pravidelných kontrakcí.	Prodloužená latentní fáze
Cervikální dilatace napravo od modré čáry (alert line) na partogramu – viz obrázek.	Prodloužená aktivní fáze
<ul style="list-style-type: none"> Druhotné zastavení cervikální dilatace a sestoupení naléhající části za přítomnosti dobrých kontrakcí. 	Kefalopelvický nepoměr
<ul style="list-style-type: none"> Druhotné zastavení cervikální dilatace a sestoupení naléhající části s velkou hlavičkou, třetí stupeň překrývání kostí lebečních, cervix špatně nasedající na naléhající část, otékající cervix, vydouvání dolního děložního segmentu, vytvoření retrakčního kroužku u matky anebo tísně dítěte. 	Obstrukce
<ul style="list-style-type: none"> Dvě nebo méně kontrakcí během 10 minut, každá trvá méně než 40 sekund 	Nedostatečná aktivita dělohy
<ul style="list-style-type: none"> Jiné naléhání než záhlavím v předním postavení (occiput anterior) 	Špatné naléhání nebo postavení (Malpresentation nebo malposition)
Cervix je plně dilatován, žena má nucení na tlačení, ale žádné známky sestupu dítěte.	Prodloužená vypuzovací fáze

Zdroj: World Health Organization (WHO), UNICEF, United Nations Population Fund. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors

Obr.2: Partogram akční (action) a upozorňující (alert) linie



Management neuspokojivého postupu porodu

1. FALEŠNÝ NÁSTUP PORODU

Vyšetřete možnost infekce močového traktu, jiné infekce nebo spontánního prasknutí plodových obalů. Ošetřujte dle nálezu. Pokud není nic z tohoto přítomno, propusťte ženu a pobídněte ji, aby se neznepokojovala, uklidněte ji a pobídněte, aby se vrátila, až se znovu objeví známky porodu.

2. PRODLOUŽENÁ LATENTNÍ FÁZE

Prodoužená latentní fáze se diagnostikuje zpětně. Ustanou-li kontrakce, můžeme usuzovat, že se jednalo o falešný nástup porodu. Když se kontrakce znormalizují a dilatace postupuje nad 4 cm, lze usoudit, že žena je v latentní fázi.

Pokud je žena v latentní fázi po dobu delší než osm hodin a objevuje se málo známek postupu porodu, přehodnoťte situaci vyšetřením děložního hrdla:

- Pokud nepozorujeme změny u spotřebovávání hrdla nebo jeho dilatace a plod nejvíe známky tísně, znovu zhodnotíme diagnózu. Žena možná ještě nerodí.
- Pokud pozorujeme změny u spotřebovávání hrdla nebo jeho dilataci, lze pomocí protrhnutí membrán pomocí amniotického háku nebo Kocherova háčku, případně pomocí vyvolání porodu syntetickým oxytocinem.

Kontrolujeme každé čtyři hodiny; Žena by měla vstoupit do aktivní fáze do osmi hodin od infuze oxytocinu,

Pokud se vyskytnou známky infekce (horečka, zapáchající vaginální výtok): - je doporučeno urychlení porodu oxytocinem.

Špatné diagnostikování falešného nástupu porodu nebo prodloužené latentní fáze vede ke zbytečné indukci nebo augmentaci, které mohou selhat. To může vést ke zbytečnému císařskému řezu a amnionitidě.

3. PRODLOUŽENÁ AKTIVNÍ FÁZE

- Pokud nejsou známky kefalopelvického nepoměru nebo obstrukce a membrány jsou neporušené, lze protrhnout membrány amniotickým hákem nebo Kocherovým hákem.

Zhodnotte kontrakce dělohy:

- Pokud jsou kontrakce neúčinné (méně než tři kontrakce za 10 minut, z nichž každá trvá méně než 40 sekund), máme podezření na nedostatečnou činnost dělohy.

- Pokud jsou kontrakce účinné (tři nebo více kontrakcí po 10 minutách, z nichž každá trvá více než 40 sekund), vyvstane podezření na disproporci hlavičky a pánve, obstrukci, špatnou pozici nebo špatné naléhání.

- Obecné metody podpory porodu mohou zlepšit kontrakce a urychlit postup porodu.

4. KEFALOPELVICKÝ NEPOMĚR

Kefalopelvický nepoměr nastane, protože plod je příliš velký nebo je-li pánev malá nebo mužského typu. Pokud porod přetrvává s kefalopelvickým nepoměrem, může být zastaven nebo znemožněn. Nejlepším testem pro stanovení vhodnosti pánve je pokus o porod. Klinická pelvimetrie má omezenou vypovídající hodnotu.

5. OBSTRUKCE

Je třeba provést vakuum extrakci nebo císařský řez - PŘEDEJTE LÉKAŘI.

6. NEDOSTATEČNÁ DĚLOŽNÍ ČINNOST

Pokud jsou kontrakce neúčinné a je vyloučen kefalopelvický nepoměr a obstrukce, nejpravděpodobnější příčinou prodlouženého porodu je nedostatečná činnost dělohy.

Je možné protrhnout membrány amniotickým hákem nebo Kocherovým hákem, případně urychlit porod pomocí syntetického oxytocinu. Zkontrolujte progres vaginálním vyšetřením dvě hodiny po stanovení pravidelného vzorce silných kontrakcí. Pokud mezi vyšetřeními nedošlo k žádnému progresu, následuje předání lékaři a porod císařským řezem.

Neúčinné kontrakce jsou méně časté u vícerodiček než u prvorodiček. Proto by mělo být vynaloženo veškeré úsilí k vyloučení kefalopelvického nepoměru u vícerodičky před augmentací oxytocinu. Pokud porod postupuje, pokračujte v infuzi oxytocinu a znovu vyšetřete po dvou hodinách. Pokračujte v pečlivém sledování postupu porodu.

7. PRODLOUŽENÁ VYPUZOVACÍ FÁZE

Vypuzovací úsilí matky zvyšuje riziko u plodu tím, že snižuje dodávku kyslíku do placenty.

Účinnou pomocí je nechat ženy spontánně "tlačit", ale nepodporovat prodlouženou snahu o tlačení a zadržování dechu (řízené tlačení). Viz skriptum APODAC, třetí seminář – MEPPÍ Studie.

Pokud byla vyloučena špatná poloha nebo naléhání a je zřejmá obstrukce, je na místě urychlit porod oxytocinem. Pokud po urychlení nedošlo k sestupu, porod bude třeba ukončit instrumentálně nebo císařským řezem. A předat ženu do péče lékaře.

JAK POMOCI PŘEDCHÁZET PROBLÉMŮM / ŘEŠIT JE POLOHOVÁNÍM ŽENY

Creative Positioning Problem Solving

Mother short – baby does not engage: lack of space prevents baby from entering the pelvis.

Possible Solutions prior to labor and in latent phase:

a. Midwife manipulates hip with woman lying on her back



b. Self-manipulation lying down



c. Self-manipulation walking



Climbing steps sideways

Giant sideways steps

Note: Work with the out-breath, letting go.
Be very gentle, do not pull!

Baby enters pelvis but stays high with no or little dilatation: Corrective Positioning Techniques

Possible Solutions:

a. Lifting techniques creating a hammock for the baby to roll into



Modified knee – chest positions. Knees must be further back than the pelvis



Positions must be comfortable and restful

Hips higher than rest of body.



Prior to labour

b. Shifting techniques to propel the baby into a better position

Lunging with up to seven contractions alternated with shifting positions

useful also prior to labor



Heel stays on the floor during lunging

Partner gives full body support but does not take the weight Heels stay down during lunging. Position of feet is very important.



Resting between contractions.



Komplikace zvané „malpresentation“ (špatné naléhání) a „malpositions“ (špatné postavení)

Terminologie k fyziologickým polohám a postavením plodu můžete nalézt v 1. skriptech na straně 14. Nejčastější způsoby sestupu a rotace lze např. nalézt - viz skripta č.1 str. 24-26. Další podrobné informace k tomuto tématu viz. např. zdrojové učebnice použité k těmto skriptům.

Malpresentace jsou polohy, ve kterých je naléhající část na pánevní vchod jiná než záhlaví plodu.

Malpozice je abnormální postavení záhlaví plodu vzhledem k pánvi matky. Patří sem přední a zadní **asynklitismus** a **deflexní polohy** (čelní a obličejová poloha) Při násilném vstupu hlavičky do pánevního vchodu hrozí její konformace.

V následující kapitole zmíníme i zadní postavení plodu, které je fyziologické postavení plodu, ale může mít za následek delší průběh porodu a případně s ním související komplikace. Zmíníme, jak pracovat se ženami, aby jejich děti tyto pozice před porodem nezaujímaly.

http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Symptoms/Malpositions_malpresatations_S69_S81.html

Podrobně: FRYE, A. **Holistic Midwifery** – Labrys Press, Oregon USA, Second edition, (2013) – strany 121-181

Více viz Skripta 1 - Nejčastější způsoby sestupu a rotace dítěte - str. 24-26

MANAGEMENT u Zadního postavení plodu (OCCIPUT POSTERIOR POSITIONS)

Zadní postavení se může manifestovat:

- Prolouženou první a druhou dobou porodní
- Kontrakce mohou být velmi silné a dlouhé již při dilataci 2 cm
- Doba nutná pro otevření na 4 cm může trvat i 24 hodin
- Dřívější nutkání na tlačení
- Bolestivost zad
- Poslední centimetr trvá dlouho
- Delší třetí doba porodní



V 90ti % případů zadního postavení nastává spontánní rotace do předního postavení. Porod se může zastavit, když se hlava neotočí a nebo nesestupuje. Porod může být komplikován poraněním perinea nebo prodloužením provedené epiziotomie.

Základním a nejdůležitějším přístupem u zadního postavení je:

TRPĚLIVOST

Prázdný močový měchýř

Polohování ženy do vertikálních pozic a polohy na čtyřech

Podrobně v FRYE, A. **Holistic Midwifery** – Labrys Press, Oregon USA, Second edition, (2013) strany 102 - 117

Pokud se objeví známky obstrukce, ale srdeční frekvence plodu jsou normální, umožněte ženě chodit nebo měnit polohy, aby podpořila spontánní otáčení.

Neúčinnější přístup k zadnímu postavení je cvičení a práce se ženami takovým způsobem, abychom jí pomohli, aby se miminko mohlo otočit do předního postavení. Upravováním a navracením dítěte do ideální polohy před porodem a při porodu pracuje koncept **Spinning babies** (viz. níže). Hlavní myšlenkou využívání těchto technik a cvičení je předcházet zadním postavením plodu a dopomáhat dětem dostat se do ideální pozice ještě před samotným začátkem porodu. Techniky se zaměřují na nastolení rovnováhy pánve, uvolnění měkkých tkání v oblasti pánve a napomáhají postupu porodu. Koncept učí těhotné ženy pozice, které napomáhají dětem zaujmout ideální postavení. „Spinning babies“ využívá princip rovnováhy, gravitace a pohybu/aktivity.

Základní polohy a držení těla, které podporují přední podélné postavení - „rest smart“ (odpočinkové polohy) - při sezení mají být kyčle výše než kolena a břicho níže než pánev. Vsedě se těhotná žena naklání dopředu a sedí na předních částech hrbolků sedacích kostí.

Odkaz: Gail Tully - Spinning babies, www.spinningbabies.com

ČELNÍ POLOHA (BROW PRESENTATION)

Komplikace: Poloha čelní („Brow presentation“): 1/700 - 1/1500

Management: vaginální porod pokud porod postupuje (české učebnice doporučují císařský řez)

U naléhání čelem není vstoupení do pánve obvykle možné a obvykle se porod zastaví. Spontánní přeměna v naléhání záhlavím nebo obličejem se vyskytne jen zřídka, zvláště pokud je plod malý, nebo když nastane smrt plodu macerací. Je neobvyklé, aby spontánní přeměna nastala u živého plodu průměrné velikosti, pokud praskly plodové obaly. Předejte do péče lékaře a poroďte císařským řezem.

Další postupy/možnosti péče: **Holistic Midwifery** – Labrys Press, Oregon USA, Second edition, (2013) str. 150-180

OBLIČEJOVÁ POLOHA

Komplikace: Poloha obličejová („face presentation“): 1/500 - 1/1000

Management: vaginální porod při příznivém postupu porodu (v případě, že poloha dítěte je mentoanteriorní – bradou dopředu) - jinak císařský řez

Brada slouží jako referenční bod při popisu polohy hlavy. Je nutné rozlišovat pouze přední polohy brady, u kterých je brada vpředu ve vztahu k páni matky, od postavení, kdy je brada orientovaná dozadu.

Prodloužené trvání porodu je časté. Sestoupení a porod hlavy pomocí flexe může nastat v předním postavení brady. V brado-zadním postavení je úplně extendovaná hlava blokována křížem. To zabraňuje sestoupení plodu a porod se zastavuje.

Další postupy/možnosti péče: Anne Frye, **Holistic Midwifery** – Labrys Press, Oregon USA, Second edition, (2013) – str 138 -14

Porod koncem pánevním

**FYZIOLOGICKÁ
POLOHA, byt' porodů
koncem pánevním je
JEN 3-4% porodů.**

**Externí verze snižuje
množství císařských
řezů.**

**Samotná poloha
koncem pánevním
není indikací k CS**

Tendence v současnosti jsou oběma směry, dle zvyklostí konkrétních pracovišť. Jsou místa, kde se doporučuje císařský řez i kde se doporučuje vaginální porod. Odborné názory se různí. Předkládáme nejnovější výzkum z roku 2017 od specialistky Betty Ann Davis na toto téma, který se zabývá vertikalizací a snižováním rizik skrze vaginální porod koncem pánevním ve vzpřímených polohách.

Kdy se doporučuje vést vaginální porod koncem pánevním:

Vaginální porod koncem pánevním asistovaný zdravotnickým odborníkem, který k tomu má odpovídající dovednosti, je bezpečnou a vhodnou variantou, jsou-li zachovány tyto podmínky:

Je-li to KP kompletní:

- adekvátní klinická pelvimetrie;
- fetus není příliš velký;
- nepředcházela porod císařským řezem pro kefalopelvicový nepoměr;
- hlava je flektovaná.
- Dojde-li k ruptuře plodových obalů, okamžitě ženu vyšetřete, abyste vyloučili výhřez pupečníku.

NEporovádějte umělou dirupci vaku blan!

- Objeví-li se abnormality ozev plodu (méně než 100 nebo více než 180 tepů/min) nebo prodloužená doba porodu – >CS:

Poznámka: Přítomnost mekonie je při porodech KP častý jev a není známkou tísně plodu, jsou-li ozvy plodu dítěte v pořádku.

Podrobné postupy v příručce: World Health Organization (WHO), UNICEF, United Nations Population Fund. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed.

Další zdroje:

- FRYE, A. **Holistic Midwifery** – Second edition, Labrys Press, Oregon USA (2013) strany 182 – 229

Další výzkumné články:

- **Understanding Physiological Breech Birth.** Jane Evans. Essentially MIDIRS 2012 Volume 3 Number 2, pp 17-21.
- **Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial.** Hannah M et al, for the *Term Breech Trial* Collaborative Group. The Lancet Vol. 356 2000

Způsoby vedení porodu KP podle:

„Brachta“



Vytvořila Asociace pro porodní domy a centra, z.s.

„Lovseta“
„Mauricau“

Výzkumné okénko/ vaginální porod koncem pánevním

STUDIE z 2017: „Pomáhá vaginální porod koncem pánevním ve vzpřímené pozici namísto v pozici vleže lepším výsledkům a zamezení císařských řezů?“ (*Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid caesareans?*)

Závěry výzkumu hovoří o tom, že vaginální porod koncem pánevním ve vzpřímených pozicích byl spojen se snížením trvání druhé doby porodní, množstvím nutných manévrů, poranění žen/dětí a množstvím císařských řezů ve srovnání s polohami vleže.

Zdroj: LOUWEN, DAVISS, JOHNSON, REITTER. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid caesareans? . *International Journal of Gynecology & Obstetrics* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2017; 136: 151–161

Postupy u KP:

Před porodem od 37. týdne těhotenství můžeme vyzkoušet externí rotaci dítěte (externí rotace před 37. týdnem může vést k navrácení dítěte do původní polohy)

Existují podpůrné polohy, které pomáhají při porodu koncem pánevním – možné nahlédnout např. do technik „Breech Basics Handouts“ od Gail Tully - Spinning babies, www.spinningbabies.com

Komplikace u KP

Rizikové faktory:

- Děložní anomálie a myomatózní děloha
- Nezralost
- Mnohočetné těhotenství
- Polyhydramnion, oligohydramnion
- Nízké nasedání placenty
- Krátký pupečník



Vytvořila Asociace pro porodní domy a centra, z.s.

Rizika porodu koncem pánevním

Nedojde k plné dilataci

Nejmenší část jde první, hlava je poslední

Málo kyslíku k dítěti kvůli stlačení pupečníku mezi dítě a pánev

Vyšší šance prolapsu pupečníku

HOT volejte kolegu nebo záchranku

ABC: prázdný močový měchýř!

Episiotomie

Exprese, pokud je to nutné

Klid!! Ruce pryč!!

Čekej na body lopatky

Protrahovaný porod u polohy koncem pánevním je indikace k CS. Nepostupující porod může být důsledkem kefalopelvického nepoměru.

STAVY NOUZE

- Dystokie ramének
- Poporodní krvácení
- Tíseň plodu
- Prolaps pupečníku
- Asfyxie novorozence
- KPR novorozence



Vytvořila Asociace pro porodní domy a centra, z.s.

Dystokie ramének

Ramena se nenarodí spontánně po porodu hlavičky (trvá to více než 60 sekund).

Pozn. Zde se mohou rozcházet jednotlivá doporučení a postupy. Prof. Cecily Begley uvádí, že porod ramének může trvat i delší dobu a nejedná se o dystokii ramének pokud nejsou přítomné její znaky viz níže.

Dystokie se vyskytuje u 0,15-2 % všech porodů
V 8 % případů končí smrtí plodu

Co způsobuje dystokii ramének - rizikové faktory (větší obezřetnost)

- Makrosomie (50 % u dětí >4kg)
- Obezita / diabetes u matky
- Starší matky > 42 let
- Nadměrný nárůst váhy u matky
- Dítě mužského pohlaví
- Předchozí dystokie ramének
- Většina dystokií je způsobena poskytovateli péče (urychlování, indukce, intervence)

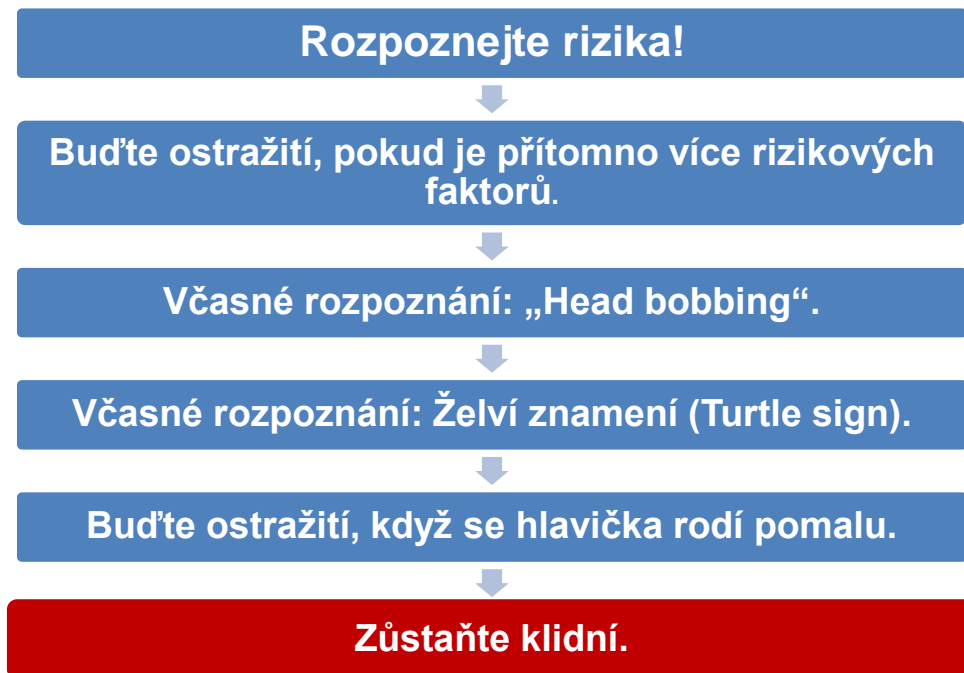
K dystokii také může přispět

- **Plný močový měchýř**
- Málo síly u ženy k fázi tlačení
- Zamotání pupečnicku
- Hlavička dítěte porozena na konci kontrakce
- **Je potřeba dávat větší pozor u** prodloužené doby úplné dilatace, více než 1 hodiny aktivního tlačení, použití oxytocinu, využití vakuum extraktoru/kleští

Rizika v souvislosti s dystokií ramének

- Dítě by mělo být porozeno do 5ti minut
- Zlomená klíční kost dítěte
- Vážné poškození nervů v rameni (Plexus brachialis nebo Erbse Parese)
- Hypoxie
- Spasmy
- Smrt
- Poporodní krvácení (v 68 % případů po dystokii ramének)
- Natržení vaginy a perinea

Strategie při dystokii ramének



- „**Head bobbing**“ = pohyb hlavy dopředu a zpět, hlavička se neposunuje, jde dopředu a dozadu
- „**Želví znamení**“ = když hlava vyjde celá ven a vrátí se zpět (**POZOR**: nezaměňovat za přirozený postup při korunovaci!!!)

Management dystokie ramének: Bud'te připravení jednat

- Je-li žena vleže - Mc. Robertsův manévr/poloha – prudké přitažení kolen k tělu
- („T bed“ – nemocniční lůžko s vysunovatelným spodním dílem)
- „Impression“ – tlak nad sponou stydkou, dlaní zvenku, zatlačí se na straně zad plodu - na raménko směrem dovnitř, pohyb k rotaci, pomáhá uvolnění raménka (ALE není jako „fundální exprese“)
- (episiotomie)
- Zadek - na okraj postele
- Pokud nedojde k uvolnění raménka - změna polohy - **poloha na čtyřech**
- HOT

POLOHA NA ČTYŘECH PŘEDCHÁZÍ VZNIKU DYSTOKIE RAMÉNEK

Postup řešení dystokie při poloze na všech čtyřech:

- Pohybujte hlavou dítěte směrem k posteli
- Využijte sakrální dutinu ženy
- Chyťte zadní ruku dítěte a proveďte vnitřní manévr, aby došlo k dokončení vnitřní rotace
- Vaše celá ruka musí jít do dutiny děložní
- Další postup podle toho, co tam nahmatáte

Závěr - dystokie ramének

Protože se jedná o často nečekanou porodní nouzovou situaci, může být trénink a následování doporučených postupů prevencí porodního traumatu matky i dítěte. Mějte na paměti, že děti jsou často hypoxické a často dochází u žen ke krvácení díky velkým poraněním. (u cca 70% dystokie následuje krvácení)

Poporodní krvácení

Podrobnější informace o fyziologii třetí doby porodní, normální krevní ztrátě a poporodním krvácení najdete ve skriptech třetího semináře, který probíhal s Prof. Cecily Begley.

Kontrola krvácení a zastavení krvácení

Pamatujte: do lůžka placenty přichází 500-600 ml/min matčiny krve

- Tok krve musí být zastaven během sekund
- Nicméně tělo je připraveno na ztrátu 500-1000 ml
- Lůžko placenty je po porodu velmi zmenšeno

Pamatujte: krev matky a krev dítěte jsou odděleny

Čí krev je v placentě?

Čí krev přichází jako příval do vagíny při "odlučovacím krvácení"?

Apozice - Příroda tlačí na místo krvácení

- Aktivace koagulačních a fibrinolytických systémů
- Přechnodné zvýšení aktivity koagulačního systému tak, že se maximalizuje tvorba sraženin – „zátek“ (koagul)
- Lůžko placenty je rychle pokryto pletivem fibrinů
- Kojení - napomáhá stažení dělohy

- Bezprostředně po porodu
- Ztráta krve větší než 1000 ml po porodu dítěte: 5-15 %
- Brzké poporodní krvácení --- do 24h po porodu
- Pozdní poporodní krvácení --- po 24h po porodu

Příčiny poporodního krvácení (4T):

- Tonus: Atonie (způsobená plným močovým měchýřem, příliš napnutou dělohou, unavenou dělohou, nebo infekcemi matky)
- Tkáně: retence placenty, inkompletní placenta, krevní sraženina
- Trauma: (poranění, episiotomie nebo natržení, inverse dělohy)
- Trombóza: Problémy s koagulací

Rizikovými faktory krvácení jsou problémy s koagulací způsobené ztrátou koagulačních faktorů (srážlivosti), vedoucí k další ztrátě krve, která může způsobit šok a v závažných situacích i smrt.

Symptomy šoku (postupné příznaky):

- palpitace
- závrať
- tachykardie
- slabost
- pocení



Vytvořila Asociace pro porodní domy a centra, z.s.



- neklid
- bledost
- zívání
- bezvědomí

Management krvácení:

1. **Prevence a brzké rozpoznání rizik!!!**
2. HOT: zavolejte pomoc!
3. Masírujte dělohu
4. ABC: katetrizace měchýře
5. Injekce Syntocinonu 10 IE i.m. : Aktivní třetí doba: placenta porozena do 30 minut
6. „IV dripp“= zajištění žíly a infuze
7. Kompresie aorty

Kontrola:

- Puls a krevní tlak
- Udržujte pacientku v teple
- Měřte množství ztracené krve
- Šití natržení / epiziotomie
- Exprese krevních sraženin
- Kompresie aorty

Tíseň plodu

Fetální srdeční akce pod 90 tepů/min bez návratu

Příčiny tísně plodu

- Prodloužená doba otvírání
- Protržené obaly > 24h
- Zkalená plodová voda
- Zapletení pupeční šňůry
- Užívání drog u matky
- Nezralost plodu
- Abnormality plodu

Tíseň plodu

Záleží v jaké fázi se objeví

- > první doba -> „**left lateral tilt**“ (náklon ženy na levou stranu - pod úhlem sklonu cca 30° -> uvolnění tlaku na vena cava + **o2** - viz.obr. str. 28, střed)
- > bez návratu -> předání do sekundární péče (lékař)

-> druhá doba: urychlení porodu epiziotomií a expresí - jediný legitimní důvod pro epiziotomii provádět

Podávání O₂ ženě

Rizika exprese - Tlak na fundus

Zvýšení tísně plodu

Dystokie ramének

Krvácení

Prolaps pupečníku

Definice:

- **Sestup pupeční šňůry skrze hrdlo děložní**
- **Obaly jsou protrženy**
- **Život ohrožující situace pro nenarozené dítě**

0,2 % všech porodů

Příčiny na straně plodu:

- Špatné naléhání
- Nezralost
- Polyhydramnion
- Anencephalie
- Dvojčata

Příčiny u matky:

- Úzká pánev
- Tumory v pánvi

Další příčiny:

- Placenta praevia lateralis
- Dlouhá pupeční šňůra
- Protržení plodových obalů v kombinaci s polyhydramnionem



Vytvořila Asociace pro porodní domy a centra, z.s.

Rizika:

- Umrťí plodu způsobené asfyxií 25-50 %
- Stlačení a spasmy na pupečníku

Diagnóza:

- Vaginální vyšetření: pulzace?
- Ultrazvuk?

Léčba

- U vícerodičky při plně dilataci: začít tlačit/vakuum extrakce
- Jinak **vložíme prsty do pochvy a tlačíme hlavičku zpět nahoru**
- **Naplníme močový měchýř vodou katetrem** - naplněný měchýř - 500cc (to pomůže zastavit kontrakce, čímž máme i čas např. pro přesun nebo přípravu operačního sálu)
- Teplý obklad okolo pupečníku (aby nebyl v chladu) jako prevence spasmat
- Císařský řez

Dítě narozené s nízkým APGAR skóre - Resuscitace novorozence

Počáteční hodnocení stavu dítěte:

APGAR skóre: barva, dýchání, tlukot srdce, tonus

- Při APGAR skóre nižším než 5 uvažujeme o **resuscitaci novorozence**

Pokud dítě **nedýchá**: -> uvolněte dýchací cesty.

Záchranné vdechy: **5 insuflací**: 2-3 sekundy dokud se hrudník nerozšíří.

Bez reakce? Zkontrolujte dýchací cesty + upravte pozici hlavy dítěte, zavolejte pomoc.

Když se hrudník rozšíří:

začne dýchání, bez O₂, 20/30min

- 1) **tlukot srdce <60/min**: začněte stlačovat hrudník) (1vdech/3 stlačení)

Zkontrolujte každých 30 sek tlukot srdce!

- 2) **Tlukot srdce > 60/min**: zkontrolujte dech + O₂ 3l/min)

- 3) **Tlukot srdce > 100/min**: udržujte dítě v teple

Management péče

Důležité je osušit dítě (zároveň třením dochází k jeho stimulaci) a udržovat



Vytvořila Asociace pro porodní domy a centra, z.s.

ho v teple.

Resuscitace podle **ABC principů**:

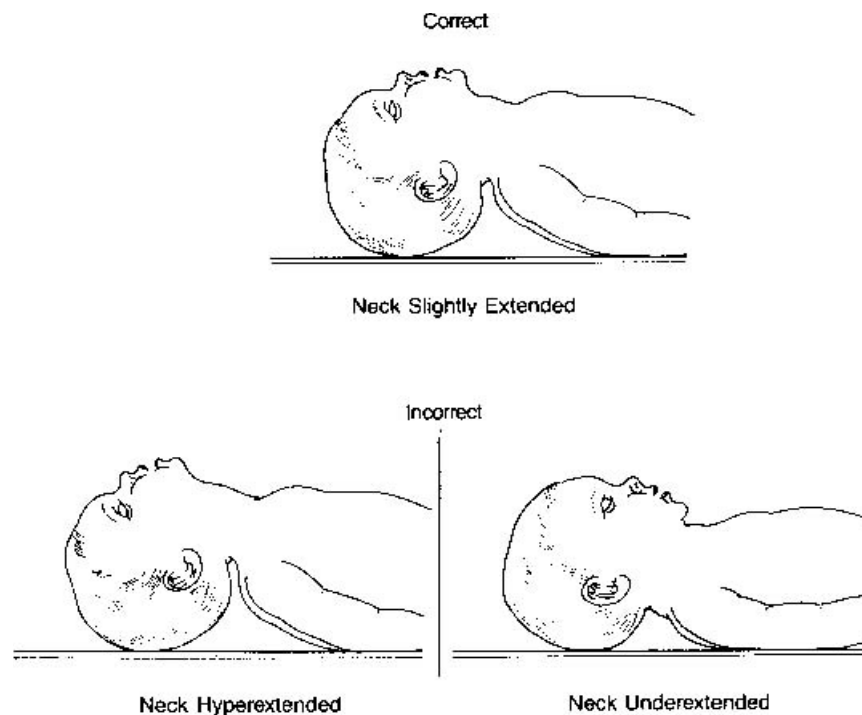
- Airway - Dýchací cesty: jsou volné
- Breathing - Dýchání: s balonkem/ambuvak
- Cirkulace – krevní oběh: Resuscitace

ABC

A: airway – dýchací cesty :

- Hlava v neutrální pozici
- Čistá ústa
- Zdvihnout bradu
- Tah za čelist - předsunutí čelisti
- Mayotuba

Obr. 3:



SPRÁVNÁ POLOHA dítěte pro uvolnění dýchacích cest:

B: breathing - dýchání

- 5 záchranných vdechů dokud není vidět roztažení hrudníku - bez O₂,
- Pohyby hrudníku viditelné po 2-3 insuflacích
- Žádné pohyby hrudníku: zkontrolujte pozici

Žádné spontánní dýchání:

- Opakujte 5 záchranných vdechů
- Použijte mayotubu
- Žádné spontánní dýchání
insuflace 30/min po 30 sekundách

C: circulation - oběh:

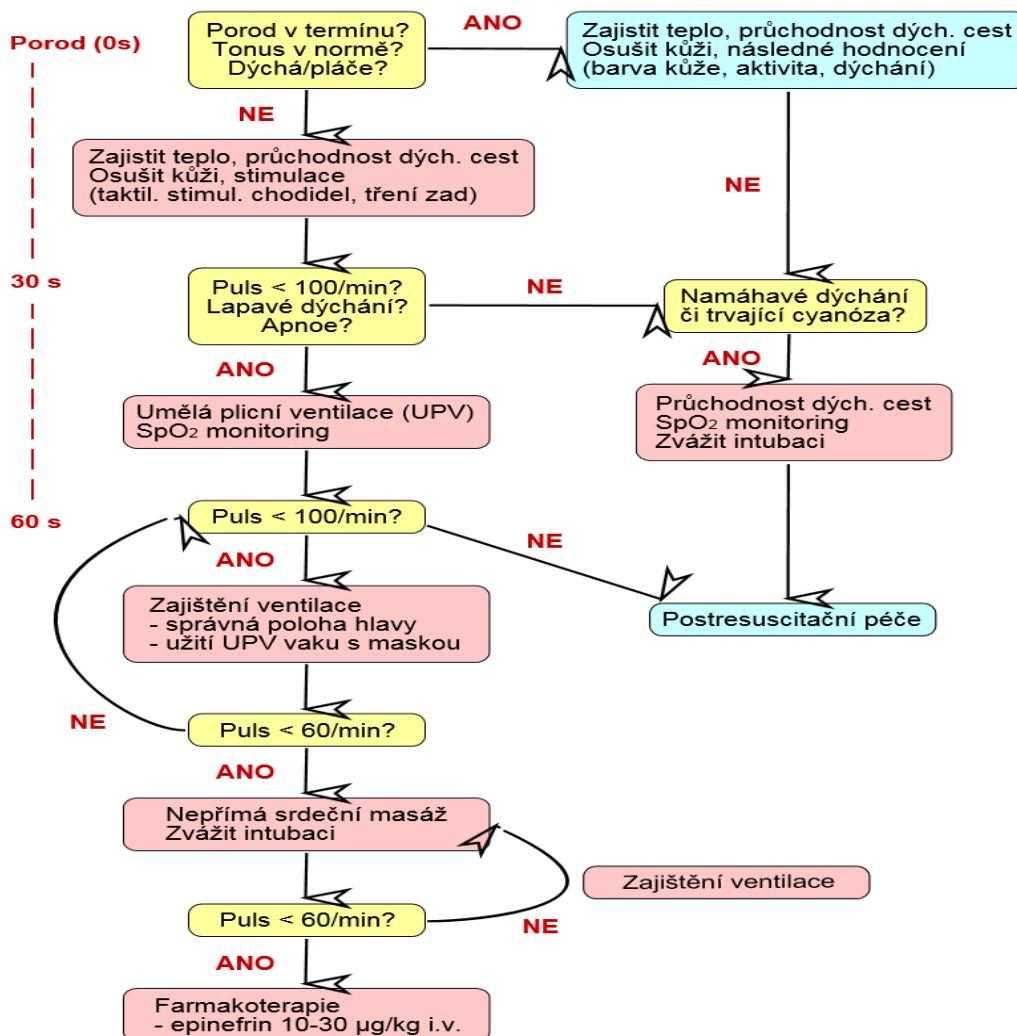
- Pokud tlukot srdce <60/min po záchranných vdechnutích a 30 sekundách insuflace (ambuvak):
- Začněte se stlačováním hrudníku - použijte oba palce a stlačte hrudník do 1/3
- Použijte kyslík pro insuflaci

- Poměr - 3:1-> 3 stlačení: 1 insuflace (komprese hrudníku 3/1 dechu -> O₂)

Většina novorozenců má **schopnost se resuscitovat sama**, pokud jsou dýchací cesty volné a případně mají kyslíkovou podporu.

Obr. č. 4: Tabulka KPR novorozence

KPR novorozence (dle doporučení Evropské rady pro resuscitaci)



HOT princip

V život ohrožujících situacích je potřeba se řídit následujícím postupem

H----- pomoc (help) – první pomoc, sežene pomoc, přivoláme sanitku

O-----kyslík O₂ (kyslík může pomoci v mnoha případech)

T-----změna polohy nebo přesun, Tilt (poloha v těhotenství na levém boku) nebo



Vytvořila Asociace pro porodní domy a centra, z.s.

Trendelenburgova poloha (nohy jsou výše než hlava)

VÝZKUMNÉ OKÉNKO PORODNÍ ASISTENTKY

EVIDENCE BASED ZDROJE PRO KOMPLIKACE U PORODU

Výchozí:

- World Health Organization (WHO), UNICEF, United Nations Population Fund. **Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors** – 2nd ed.
Průvodce WHO - jak zvládat komplikace, komplexní, obsahuje rady pro PA i lékaře k celosvětovému použití
Dostupné online:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1>
- FRYE, A. **Holistic Midwifery** – Labrys Press, Oregon USA, Second edition, (2013)
Kompletní průvodce toho, jak předcházet, předvídat a komplexně se postarat o těhotnou a rodící ženu.
- **Trauma system guidelines**, Specialist clinical guidelines
<http://trauma.reach.vic.gov.au/guidelines/obstetric-trauma/references>
webové stránky pro komplikace
- http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Symptoms/Malpositions__malpresentations_S69_S81.html

Ke komunikaci:

- RATISLAVOVÁ, K. **Aplikovaná psychologie porodnictví**. 1.vyd. Praha : Reklamní atelier Area, 2008. 106s. ISBN 978-80-254-2186-4.

Porod koncem pánevním:

„Breech Basics Handouts“ od Gail Tully - Spinning babies,
www.spinningbabies.com

Výzkumy:

- LOUWEN, DAVISS, JOHNSON, REITTER. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid caesareans? . *International Journal of Gynecology & Obstetrics* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2017; 136: 151–161
- Safe prevention of the primary caesarean delivery. *Obstetric Care Consensus No.1. American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014; 123:693-711.



Vytvořila Asociace pro porodní domy a centra, z.s.

VÝCHOZÍ LITERATURA

- **Myles Textbook for Midwives**, MARSHALL, J., & RAYNOR, M., eds., *Myles Textbook for Midwives*, 16th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone - poslední edice – 16. Vydání (2014) – 800 stran
- **WHO Příručka pro péči v průběhu normálního porodu** – volně dostupné (Aperio)
- **Physiology in Childbearing with anatomy and related biosciences**, STABLES, D., Harcourt Publishers Limited, (2000). London – 700 stran
- Training modules – Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care, WHO Publisher, (2003) – 400 stran
- ICM Essential Competencies for Midwifery Practice, www.internationalmidwives.org
- Decisionmaking process in Childbirth
- NICE intrapartum guidelines 2007
- NICE intrapartum guidelines 2014

Informace ve skriptech jsou složené z prezentací lektorů a ze sesbíraných EBM výzkumů, a dalších relevantních dat k tématu. Děkujeme členům holandského týmu: DrS. Jolandě Liebrechts, Jeff Mennensovi, Marian Corté za jejich sdílení.

Na vytvoření skript spolupracoval tým Asociace pro porodní domy a centra, z.s., APODAC. Na zpracování se podílely Marie Rumlenová, Petra Ann Kovaříčková a Natalie Sedlická. Naposledy upraveno 31.10.2017. Děkujeme všem lektorkám/ům za sdílené informace, materiály a veškeré know-how, které nám s laskavostí předávají.

APODAC, 2017

www.apodac.org



ASOCIACE
PRO PORODNÍ DOMY
A CENTRA



Vytvořila Asociace pro porodní domy a centra, z.s.