

METODIKA

KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

METODIKOSDALYS

- I. Metodikos aprašas
- II. Metodikos procedūrų aprašas
- III. Metodikos įdiegimo aprašas
- IV. Metodikos audito aprašas
- V. Informacija visuomenei

PARENGĖ

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Barčaitė
D. Bartkevičienė
T. Biržietis
Ž. Bumbulienė
E. Drejerienė
D. Kačkauskienė
D. Laužikienė
E. Machtejevienė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
G. Mečėjus
I. Mockutė
I. Poškienė
D. Ramašauskaitė
L. Rovas
M. Šilkūnas
G. Valkerienė
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis
L. Bagušytė
E. Barčaitė
A. Bartusevičius
E. Benušienė
T. Biržietis
G. Drašutienė
E. Drejerienė
A. Gaurilčikas
V. Gintautas
K. Jarienė
R. Jonkaitienė
G. Jurkevičienė
M. Kliučinskas
J. Kondrackienė
M. Minkauskienė
I. Mockutė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
R. Nadišauskienė
D. Railaitė
K. Rimaitis
D. Šimanavičiūtė
R. Tamelienė
A. Vitkauskienė
D. Vėlyvytė
D. Veličkienė
D. Vaitkienė

2014 m.

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių-ginekologų draugija
Lietuvos akušerių sąjunga

TURINYS

I. Metodikos aprašas	5
Bendroji dalis	7
Literatūros sąrašas	16
II. Metodikos procedūrų aprašas	17
III. Metodikos įdiegimo aprašas	21
IV. Metodikos audito aprašas	37
V. Informacija visuomenei	41

METODIKA
KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU

I. METODIKOS APRAŠAS

METODIKOS TIKSLAI

Šioje metodikoje pateikiamos diagnostikos, pagalbos ir gydymo rekomendacijos, esant kraujavimui iš lyties organų vėlyvuju nėštumo laikotarpiu (po 22⁺⁰ nėštumo savaitės) dėl placentos pirmeigos, placentos atšokos bei vaisiaus kraujagyslių pirmeigos t. y. pačių dažniausių kraujavimo priežasčių.

Šioje metodikoje neaptariamas kraujavimas pirmoje nėštumo pusėje, taip pat nepateikiamos gydymo rekomendacijos tais atvejais, kai pacientė atsisako kraujo perpylimo (pvz. Jehovos liudytojos).

1. BENDROJI DALIS.

Kraujavimas vėlyvuojū nėštumo laikotarpiu atsiranda 3–5 proc. atvejų. Kraujavimas gali būti gausus ir pavojingas moters ir vaisiaus gyvybei bei sveikatai. Kiekybinis kraujavimo nėštumo metu vertinimas yra subjektyvus rodiklis. Atsižvelgiant į Karališkosios akušerių ir ginekologų kolegijos (angl. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG) rekomendacijas ir klinikinę taktiką įvairaus kraujavimo gausumo atveju, jis gali būti toks:

- *tepimas* – kraujingų išskyrų atsiranda ant kelnaičių ar higieninių įklotų;
- *negausus kraujavimas*– netenkama iki 50 ml kraujo;
- *vidutinis kraujavimas* – netenkama 50–500 ml kraujo;
- *gausus kraujavimas*– netenkama 500–1500 ml ir nėra klinikinio šoko požymių;
- *masyvus kraujavimas*– netenkama daugiau kaip 1500 ml kraujo arba yra klinikinių šoko simptomų.

Santrumpos

DIK– diseminuota intravazalinė koaguliacija

CNS – centrinė nervų sistema

AKS – arterinis kraujo spaudimas

ŠSD – širdies susitraukimų dažnis

HCG – žmogaus chorioninis gonadotropinas

1. Kraujavimo priežastys ir klasifikacija.

Kraujavimas iš lyties organų nėštumo metu gali prasidėti dėl įvairių priežasčių, kurios gali būti susijusios arba nesusijusios su gimdos ertmėje esančiu nėštumu.

- Kraujavimo priežastys, susijusios su nėštumu: placentos pirmeiga, placentos atšoka, žemas placentos prisitvirtinimas (placentos kraštas nutolęs nuo vidinių gimdos kaklelio žiomenų ≤ 2 cm), gimdos plyšimas, vaisiaus kraujagyslių pirmeiga, gimdos kaklelio vidinių žiomenų veninių rezginių įplyšimas trumpėjant ir atsiveriant gimdos kakleliui.
- Kraujavimo priežastys, nesusijusios su nėštumu: lytinių organų trauma, gimdos kaklelio vėžys, gimdos kaklelio uždegimas, gimdos kaklelio kraujuojantis polipas.

2. Placentos pirmeiga (TLK-10-AM O44).

2.1. Apibrėžimas, priežastys, klasifikacija, komplikacijos.

Placentos pirmeiga yra placentos prisitvirtinimas apatiniame gimdos segmente, kai iš dalies arba visiškai uždengiami vidiniai gimdos kaklelio žiomenys. Placentos pirmeiga pasitaiko 0,3–0,7 proc. nėščiųjų. Jos priežastis gali būti distrofiniai gimdos gleivinės pokyčiai ir (ar) sutrikusi kraujotaka apatinėje gimdos dalyje, tačiau dažniausiai priežastis būna nežinoma. Dažnesni placentos pirmeigos rizikos veiksniai yra randas apatiniame gimdos segmente po buvusių cezario pjūvio ir

kitų gimdos operacijų, buvę daug (≥ 5) nėštumų ir gimdymų, vyresnis nėščiosios amžius, daugiavaisis nėštumas, rūkymas, nėštumas po pagalbinių apvaisinimo būdų taikymo, buvusi placentos pirmeiga, buvusi gimdos abrazijs, persirgtas endometritas.

Klasifikacija

- Visiška placentos pirmeiga – kai placenta visiškai dengia vidinius gimdos kaklelio žiomenis.
- Dalinė (kraštinė) placentos pirmeiga – kai placentos kraštas iš dalies dengia vidinius gimdos kaklelio žiomenis arba juos siekia.
- Žemas placentos prisitvirtinimas – kai atstumas tarp placentos krašto ir vidinių gimdos kaklelio žiomenų yra ≤ 2 cm.

Dažniausios komplikacijos, susijusios su placentos pirmeiga

Motinai – gausus nukraujavimas, hemoraginis šokas, anemija, pogimdyminis kraujavimas, placentos įaugimas, gimdos pašalinimas, DIK, ilgas gydymas stacionare, psichologinės problemos, kraujo perpylimo komplikacijos, mirtis.

Vaisiui ir naujagimiui – neišnešiotumas, perinatalinė mirtis, anemija (jeigu cezario pjūvio metu vaisius traukiamas pro placentą), augimo sulėtėjimas, hipoksija, apsigimimai.

Placentos pirmeigai būdingi klinikiniai požymiai:

- Staiga, be priežasties prasidėjęs kraujavimas iš lyties organų;
- Palpuojant gimdos tonusas normalus, gimda neskausminga;
- Nėra vaisiaus hipoksijos požymių;
- Išilginės vaisiaus padėties atveju pirmeigė dalis būna aukščiau virš įėjimo į mažąjį dubenį;
- 50 proc. placentos pirmeigos atveju nustatoma netaisyklinga vaisiaus padėtis.

2.2. Besimptomės placentos pirmeigos diagnostika, nėštumo priežiūra ir gimdymo taktika.

2.2.1. Placentos pirmeiga dažniausiai diagnozuojama ultragarsinės patikros 18–20 nėštumo savaitę metu.

Diagnozė patikslinama ultragarsiniu tyrimu 32–36 nėštumo savaitę. Placentos „migracija“ retesnė, jei placenta užpakalinėje sienoje ar yra buvęs cezario pjūvis.

2.2.2. Nustačius placentos pirmeigą moteriai, kuriai buvo atlikta viena cezario pjūvio operacija, yra 11–25 proc. placentos tvirtinimosi patologijos (įaugimo, priaugimo ar peraugimo) tikimybė. Jeigu praeityje buvę 2 cezario pjūvio operacijos, placentos pirmeigos atveju jos įaugimas pasitaiko 40 proc., todėl nėščiajai, turėjusiai cezario pjūvio operaciją ir nustačius placentos pirmeigą ar gimdos rande įsitvirtinusią placentą, ultragarsiniu tyrimu ieškoma placentos tvirtinimosi patologijos požymių (bent vieno):

- Placentoje skysčio tarpai, besijungiantys su miometriumu, juose fiksuojama patologinė kraujo tėkmė;
- Nelygus arba išnykęs normalus hipoechogeninis miometriumo sluoksnis už placentos;
- Miometriumas plonesnis nei 1 mm;
- Serozinio gimdos sluoksnio ir šlapimo pūslės linija nelygi ar sutrūkinėjusi, gali būti matyti echogeninė masė šlapimo pūslėje.

- 2.2.3. Nėščiajai rekomenduojama vengti lytinių santykių pro makštį, kelionių, obstipacijos, sumažinti fizinį aktyvumą, gydyti anemiją, o prasidėjus kraujavimui, sąrėmiams ar atsiradus maudžiančiam pilvo skausmui skubiai vykti į artimiausią akušerijos stacionarą.
- 2.2.4. Jeigu įtariama, kad gali būti placentos įaugimas, pacientė gimdyti turi būti siunčiama į III lygio paslaugas teikiančią įstaigą [B]. Placentos pirmėigos atveju gimdymas planuojamas IIB ar III lygio paslaugas teikiančioje įstaigoje.
- 2.2.5. Planinis cezario pjūvis placentos pirmėigos atvejais rekomenduojamas 38^{+0} – 39^{+0} nėštumo savaitę. Jeigu įtariama, kad yra pirmėigės placentos įaugimas, cezario pjūvis gali būti planuojamas 36^{+0} – 37^{+0} nėštumo savaitę, vaisiaus plaučiai brandinimi gliukokortikoidais.

2.3. Kraujavimo dėl placentos pirmėigos diagnostika, nėštumo priežiūra ir gimdymo taktika.

2.3.1. Skubiai atliekamas ultragarsinis tyrimas ir patikslinama placentos implantacijos vieta. Placentos pirmėigos atvejais ultragarsinis tyrimas per makštį yra saugus, nedidina kraujavimo rizikos ir yra daug tikslesnis nei tyrimas per pilvo sieną [B], ypač jei yra placentos implantacija užpakalinėje sienoje ar apatiniame gimdos segmente yra kraujo krešulių.

2.3.2. Jei nėščioji **gausiai kraujuoja** dėl placentos pirmėigos:

- Įvertinamos ir stebimos moters gyvybinės funkcijos (ŠSD, AKS, sąmonės būklė, diurezė, kvėpavimo dažnis, arterinio kraujo įsotinimas deguonimi);
- Įvertinama vaisiaus būklė (KTG);
- Informuojamas operacinės personalas;
- Atliekami laboratoriniai tyrimai (bendras kraujo tyrimas, kraujo grupės ir Rh (D) nustatymas, kraujo krešumo rodiklių tyrimai, biocheminis kraujo tyrimas);
- Atsižvelgus į klinikinę situaciją, koreguojama hipovolemija, mažakraujystė ir kraujo krešėjimo sutrikimai:
 - tiekiamas deguonis pro kaukę 10–15 l/min. greičiu;
 - kateterizuojamos 2 periferinės venos (14–16 G kateteriais) ir pradedama intraveninė šiltų kristaloidų tirpalų infuzija;
 - įstatomas nuolatinis kateteris į šlapimo pūslę;
 - atliekama tapačios eritrocitų masės transfuzija (masyvaus kraujavimo atvejais; jeigu tapačios eritrocitų masės skubiai neįmanoma gauti – O Rh(D) neigiamos eritrocitų masės transfuzija);
 - šalinami kraujo krešumo sutrikimai (šviežiai šaldyta plazma, krioprecipitatas ir kt.).
- Informuojamas kraujo centras ir aptariama galimybė gauti reikiamą kiekį tapačios eritrocitų masės, šviežiai šaldytos plazmos, trombocitų masės, krioprecipitato.

2.3.3. Jeigu kraujavimas **gausus** (>500 ml) ir kelia pavojų motinos gyvybei, neatsižvelgiant į nėštumo dydį, skubiai atliekama cezario pjūvio operacija[B].

2.3.4. Jei kraujavimas **negausus ar vidutinis**, po 37^{+0} nėštumo savaitės įvertinama vaisiaus ir moters būklė, akušerinė anamnezė, gimdos kaklelio brandumas, placentos vieta ir atliekama cezario pjūvio operacija arba renkamasis gimdymas natūraliu būdu:

- Jei placentos kraštas nutolęs nuo vidinių žiomenų daugiau nei 2 cm, siūloma gimdyti natūraliu būdu;

- Jei placentos kraštas iki vidinių žiomenų yra nutolęs per 0–2 cm, rekomenduojama cezario pjūvio operacija, nors atsižvelgus į klinikinę situaciją galimas gimdymas natūraliu būdu [2A].

2.3.5. Jei kraujavimas **negausus ar vidutinis** (<500 ml) iki 36⁺⁶ savaičių nėštumas tęsiamas ar atliekama cezario pjūvio operacija įvertinus klinikinę situaciją (kraujavimo gausumą, pobūdžio dinamiką, moters ir vaisiaus būklę, nėštumo dydį).

2.3.6. Jeigu nutariama tęsti nėštumą, rekomenduojamos tokios priemonės:

- Gulimas režimas;
- Gliukokortikoidai vaisiaus plaučiams brandinti (žr. Metodiką „Priešlaikinis gimdymas”);
- Tokolizė (sprendžiama individualiai);
- Jei Rh (D) neigiamas, izoimunizacijos profilaktikai suleidžiama anti-D imunoglobulino [B];
- Jei kraujavimas buvo negausus ir 48 val. laikotarpiu nepasikartoję, nėščiąją galima išrašyti iš stacionaro ambulatorinei priežiūrai, jeigu yra galima saugi ir skubi hospitalizacija, pasikartojus kraujavimui ar atsiradus gimdos susitraukimui.

2.3.7. Techniniai cezario pjūvio operacijos aspektai.

- Pjūvis gimdoje (skersinis ar klasikinis–vertikalus) pasirenkamas atsižvelgiant į akušerinę situaciją. Dažniausiai atliekamas skersinis pjūvis apatiniame gimdos segmente.
- Kad vaisius nenukraujuotų, reikia vengti pjūvio per placentinį audinį, todėl atlikus pjūvį gimdoje rekomenduojama nepraplėšti vaisiaus vandenų pūslės ir palei ją eiti placentos krašto link, stengiantis vaisiaus vandenų pūslės nepraplėšti ir vaisių ištraukti neprapjovus placentos.

Įtarus, kad yra placentos įaugimas, priaugimas ar peraugimas:

- Planinė operacija, kurioje dalyvauja patyręs akušeris-ginekologas, anesteziologas-reanimatologas, neonatologas, prireikus – transfuziologas, intervencinės radiologijos gydytojas ir kt. specialistai, yra saugesnė;
- Operacijos metu stengiamasi vaisių ištraukti per pjūvį, nesiekiantį placentos krašto; pjūvį atliekant per placentą, didėja nukraujavimo ir histerektomijos rizika;
- Bandymas atskirti įaugusią placentą gali sukelti gausų kraujavimą, todėl nepavykus jos atskirti, placenta gali būti palikta vietoje (nechirurginis būdas) arba atliekama histerektomija (radikalus būdas);
- Atsiskyrus daliai placentos, atsiskyrusi dalis pašalinama, o priaugusios dalys gali būti paliktos, bet nukraujavimas tokiu atveju bus gausesnis. Jis stabdomas nechirurginėmis ar chirurginėmis priemonėmis (tamponavimas balionu, *B-Lynch* siūlė, vertikali kompresinė siūlė, gimdą sutraukiantys medikamentai ir kitos nechirurginės ir chirurginės priemonės, aprašytos kraujavimo po gimdymo metodikoje);
- Palikus placentą gimdoje (nechirurginis būdas), yra didelis infekcijos ir kraujavimo po gimdymo pavojus; profilaktiškai skiriama vartoti antibiotikų (24–48 val.), kiekvieną savaitę tiriama ultragarsu ir sekamas HCG kiekis;
- Atskirais atvejais naudingas metotreksatas ar arterijų embolizacija.

3. Placentos atšoka (TLK 10-O45).

3.1. Apibrėžimas, priežastys, komplikacijos, klasifikacija.

Placentos atšoka – tai normaliai prisitvirtinusios placentos priešlaikinis (t. y. iki III gimdymo laikotarpio) atsiskyrimas nuo gimdos sienelių. Priešlaikinė placentos atšoka pasitaiko 0,5–1,8 proc. nėščiųjų, tai gali įvykti bet kuriuo nėštumo ir gimdymo laikotarpiu.

Dažniausiai placentos atšokos priežastys būna neaiškios. Yra žinoma keletas placentos atšoką sukeliančių rizikos veiksnių, tačiau prognozuoti šios patologijos dažniausiai neįmanoma [C]. 70 proc. placentos atšokos įvyksta mažos rizikos nėštumų atvejais.

Tiesioginėmis placentos atšokos priežastimis laikomos pilvo traumos (pvz., smūgis į moters pilvą, pilvo trauma autoavarijos metu) arba staigus pertemptos gimdos vidinio tūrio sumažėjimas (pvz., gimus pirmajam dvyniui).

Kiti rizikos veiksniai: placentos atšoka ankstesnių nėštumų ar gimdymų metu, vaisiaus augimo sulėtėjimas, priešlaikinis vaisiaus vandenių nutekėjimas, preeklampsija, polihidramnionas, daugiavaisis nėštumas, įgimta trombofilija, buvę daug gimdymų, rūkymas, narkotikų vartojimas, vyresnis nėščiosios amžius, nėštumas po pagalbinio apvaisinimo, chorionamnionitas.

Placentos atšoka yra viena iš pavojingiausių nėštumo ir gimdymo komplikacijų, moters ir perinatalinio mirštamumo ir sergamumo priežastis. Placentos atšokos komplikacijos moteriai: hemoraginis šokas, DIK, pogimdyminis kraujavimas, inkstų ir smegenų išemija, hipofizės išeminė nekrozė, mirtis, ilgas gydymas stacionare, psichologinės problemos, kraujo perpylimo komplikacijos, mirtis. Placentos atšokos komplikacijos vaisiui ir naujagimiui: perinatalinė žūtis, neišnešiotumas, augimo sulėtėjimas, hipoksiniai CNS pažeidimai, anemija.

Klasifikacija

- Dalies placentos atšoka – dalies placentos atsiskyrimas prieš laiką.
- Visos placentos atšoka – visos placentos atsiskyrimas prieš laiką.

3.2. Diagnostika.

3.2.1. Diagnozuojama remiantis klinikiniais požymiais:

- Kraujavimas pro makštį (apie 80 proc. atvejų) ar slaptasis kraujavimas (retroplacentinė hematoma);
- Pilvo ar kryžmens srities skausmas;
- Gimdos skausmingumas;
- Dažni gimdos susitraukimai;
- Tarp sąrėmių padidėjęs gimdos tonusas;
- Vaisiaus hipoksijos požymiai;
- Hipovoleminio šoko simptomai;
- Kraujo krešėjimo sutrikimai.

3.2.2. Ultragarso tyrimas

- Tikslumas ir specifiškumas diagnozuojant placentos atšoką yra mažas, bet padeda atskirti ją nuo placentos pirmeigos [C].
- Ultragarso placentos atšokos diagnostikos kriterijai:

- „šviežia“ retroplacentinė hematoma (hiperechogeninis ar izoechogeninis (palyginti su placenta) darinys tarp placentos ir gimdos sienos);
 - sustorėjusi heterogeniška drebučių pavidalo placenta (dreba judant vaisiui);
 - preplacentinė (skysčio sankaupos tarp placentos ir vaisiaus vandenių), kraštinė ar subchorioninė hematoma (skysčio sankaupos ne placentos prisitvirtinimo vietoje);
 - intraamnioninė hematoma (echogeninės nuosėdos vaisiaus vandenyse).
- 3.2.3. Diagnozė patvirtinama po gimdymo prie placentos motininio paviršiaus aptikus tvirtai prilipusį kraujo krešulį. Placentą rekomenduojama ištirti histologiškai.

3.3. Eigos vertinimas ir gydymo taktika.

Įtarus, kad yra placentos atšoka, nėščioji skubiai guldoma į artimiausią akušerijos skyrių, teikiantį antrinio ar tretinio lygio paslaugas. Gydymo taktika priklauso nuo nėštumo dydžio, kraujavimo gausumo, nėščiosios ir vaisiaus būklės.

3.3.1. Diagnozavus placentos atšoką ir esant **gausiam kraujavimui ar nestabiliam moters ar vaisiaus būklei** atliekami toliau išvardinti veiksmai:

- Moters gyvybinių funkcijų vertinimas ir stebėjimas (AKS, ŠSD, kvėpavimo dažnis, sąmonės būklė, diurezė, arterinio kraujo įsotinimas deguonimi).
- Vaisiaus būklės ir gimdos tonuso stebėseną (nuolatinė kardiokardiotokograma).
- Informuojama anesteziologų komanda, operacinės personalas.
- Atliekami laboratoriniai tyrimai (bendras kraujo tyrimas, krešumo tyrimai, biocheminis kraujo tyrimas, kraujo grupės ir Rh (D) nustatymas).
- Parenkami ir rezervuojami 4 vnt. tinkamos eritrocitų masės.
- Atsižvelgus į klinikinę situaciją koreguojama hipovolemija, mažakraujystė ir kraujo krešėjimo sutrikimai:
 - tiekiamas deguonis pro kaukę 10–15 l/min. greičiu;
 - kateterizuojamos 2 periferinės venos (14–16 G kateteriais) ir pradedama intraveninė šiltų kristaloidų tirpalų infuzija;
 - įstatomas nuolatinis kateteris į šlapimo pūslę;
 - tapačios eritrocitų masės transfuzija (masyvaus kraujavimo atvejais, jeigu tapačios eritrocitų masės skubiai neįmanoma gauti – O Rh(D) neigiamos eritrocitų masės transfuzija);
 - kraujo krešumo sutrikimų šalinimas (šviežiai šaldyta plazma, krioprecipitatas ir kt.).
- Informuojamas kraujo centras ir aptariama galimybė gauti reikiamą kiekį tapačios eritrocitų masės, šviežiai šaldytos plazmos, trombocitų masės, krioprecipitato.
- Skubiai apsparstomas nėštumo užbaigimo būdas.
- Aktyvi placentinio laikotarpio priežiūra [A].

3.3.2. **Aktyvi taktika** (nėštumo užbaigimas) pasirenkama, jei yra gausus kraujavimas, įtariama nestabili vaisiaus būklė, yra nestabili moters būklė arba kraujavimas nėra gausus, tačiau vaisius yra išnešiotas (subrendęs) arba žuvęs.

Gimdyti natūraliu būdu rekomenduojama, jei:

- Kraujavimas yra negausus arba vidutinio gausumo;
- Vaisiaus būklė gera;
- Vaisius yra žuvęs.

Atliekama amniotomija, jei neprasideda savaiminė gimdymo veikla, pradedama intraveninė stimuliacija oksitocinu. Vaisiaus būklė sekama nuolatine KTG.

Cezario pjūvio operaciją rekomenduojama atlikti, jei:

- Kraujavimas yra gausus;
- Yra vaisiaus hipoksijos požymių;
- Nepavyko sužadinti gimdymo.

Lygiagrečiai būtinas tinkamas hipovolemijos, mažakraujystės ir kraujo krešėjimo sutrikimų šalinimas:

- Hipovolemijos koregavimas;
- Tapačios eritrocitų masės transfuzija (gausaus kraujavimo atvejais, jeigu tapačios eritrocitų masės skubiai neįmanoma gauti – O Rh(D) neigiamos eritrocitų masės transfuzija);
- Kraujo krešumo sutrikimų šalinimas:
 - šviežiai šaldyta plazma;
 - trombocitų masė (jei trombocitų skaičius $<50 \times 10^9/l$);
 - krioprecipitatas (jei fibrinogeno koncentracija $<1 \text{ g/l}$).

Išsamios informacijos apie nukraujavimo, hipovolemijos gydymą pateikta metodikoje „Kraujavimas po gimdymo“.

3.3.3. Konservatyvi taktika pasirenkama, jeigu **kraujavimas negausus ar vidutinis**, vaisius neišnešiotas ir jo būklė yra gera; normalus gimdos tonusas, stabili moters hemodinamika. Tokiu atveju:

- Atliekamas bendras kraujo tyrimas, nustatoma kraujo grupė ir Rh(D) faktorius, atliekami kraujo krešumo tyrimai;
- Sprendžiama dėl vaisiaus plaučių brandinimo gliukokortikoidais;
- Tokolizės skirti nerekomenduojama [C];
- Jeigu Rh (D) neigiamas ir yra kraujavimas nėštumo metu po 20 savaitės, izoimunizacijos profilaktikai suleidžiama anti-D imunoglobulino [B], kartojantis kraujavimui, profilaktika kartojama kas 6 savaites;
- Nurimus kraujavimui ir išnykus kitiems klinikiniais simptomams, esant gerai vaisiaus būklei po 48 val. galima nėščiąją išrašyti iš stacionaro;
- Toliau nėštumą prižiūri akušeris-ginekologas;
- Vaisiaus būklė stebima ir atliekami reguliarūs ultragarsiniai tyrimai: pasikartojantis negausus kraujavimas dėl lėtinės placentos atšokos gali sukelti oligohidramnioną, vaisiaus augimo sulėtėjimą.

Konservatyvi taktika galima tuomet, jei po 37⁺⁰ savaičių kraujavimas yra tik tepimo pobūdžio, o vaisiaus būklė gera. Jei kraujavimas dėl placentos atšokos negausus ir vaisius išnešiotas, rekomenduojama rinktis gimdymo sužadinimą.

3.4. Nėščiosios priežiūra kito nėštumo metu, įvykus placentos atšokai.

- Placentos atšokos pasikartojimo rizika yra didelė (iki 15 proc.), ypač jei ji buvo didelė ar sukėlė vaisiaus žūtį.
- Po gimdymo rekomenduojama ištirti ar moteriai nėra trombofilijos.
- Dėl didesnės preeklampsijos, vaisiaus augimo sulėtėjimo rizikos patariama atlikti papildomus ultragarsinius tyrimus.
- Metimas rūkyti.
- Tinkamas hipertenzijos gydymas.

4. Vaisiaus kraujagyslių pirmeiga.

4.1. Apibrėžimas, dažnumas, komplikacijos, klasifikacija.

4.1.1. Vaisiaus kraujagyslių pirmeiga – tai vaisiaus kraujagyslės, besidriekiančios vaisiaus dangalais ties vidinėmis gimdos kaklelio žiotimis, neapsaugotos placentos ar virkštelės audiniu ir esančios žemiau pirmeigės vaisiaus dalies. I tipo vaisiaus kraujagyslių pirmeiga vadinama, kai yra ir plėvinis virkštelės prisitvirtinimas, II tipo – kai pirmeigės kraujagyslės jungia placentų dalis (dviskiltės ar pridėtinės placentos atvejai).

4.1.2. Vaisiaus kraujagyslių pirmeiga pasitaiko maždaug 1 iš 2500 gimdyvių.

4.1.3. Rizikos veiksniai:

- Plėvinis virkštelės prisitvirtinimas;
- Dirbtinis apvaisinimas (1:200–300);
- Žemas placentos prisitvirtinimas ar placentos pirmeiga antruoju nėštumo trečdaliu;
- Daugiavaisis nėštumas;
- Placentos patologija (dviskiltė ar pridėtinė placenta apatiniame gimdos segmente).

4.1.4. Kraujagyslių pirmeiga labai pavojinga vaisiui: plyšus kraujagyslėms (dažniausiai plyšus vaisiaus dangalams), vaisius nukraujuoja ar net miršta per kelias minutes. 100 ml kraujo netekimas vaisiui gali sukelti hemoraginį šoką ar net mirtį.

4.2. Klinika.

- Nėštumo metu klinikinė diagnostika neįmanoma.
- Būdingas kraujavimas iš makšties, prasidėjęs po vaisiaus vandenų nutekėjimo ar amniotomijos; kartais pirmeigės kraujagyslės įplyšta savaime ar prasidėjus sąrėmiams.
- Jei kraujagyslės spaudžiamos sąrėmių metu ar joms plyšus nukraujuoja vaisius, KTG matomas sinusoidinis ritmas, bradikardija, deceleracijos.

4.3. Diagnostika ir klinikinė taktika nėštumo metu.

- Antenatalinė diagnostika, jei nėra kraujavimo, yra sudėtinga.
- Jei kraujagyslių pirmeigą pavyksta diagnozuoti antenataliniu laikotarpiu, labai padidėja naujagimių išgyvenamumas (nuo 44 proc. iki 97 proc.), sumažėja naujagimio komplikacijų rizika.
- Antrojo nėštumo trečdaliu ultragarsinės patikros metu, jei yra minėtų rizikos veiksnių, svarbu patikslinti, ar nėra kraujagyslių vaisiaus dangaluose su kraujo tėkme ties vidinėmis gimdos kaklelio žiotimis [B]. Ultragarstu tiriant pro makštį, pirmeiges kraujagysles stengiamasi atskirti nuo virkštelės kilpos ties gimdos kaklelio žiotimis (nesikeičia moters judesių metu) ar gimdos kraujagyslių veninių rezginių (dopleriu neregistruojama būdinga virkštelės kraujotaka).
- Ultragarsinis tyrimas pro makštį rekomenduojamas ir nėščiosioms, kraujuojančioms nėštumo metu, ypač jei yra žemas placentos prisitvirtinimas, plėvinis virkštelės prisitvirtinimas apatiniame gimdos segmente, dviskiltė ar pridėtinė placenta [B].
- 15 proc. kraujagyslių pirmeiga gali regresuoti ilgėjant nėštumui, todėl diagnozę nustačius antruoju nėštumo laikotarpiu, ultragarsinis tyrimas kartojamas trečiąjį laikotarpį.
- 28–32 savaitę patvirtinus diagnozę, nėščioji guldoma į ligoninę iš karto ar stacionarizavimas atidedamas kelioms savaitėms, atsižvelgus į klinikinę situaciją ir ultragarstu išmatuoto gimdos kaklelio ilgį [B].

- Nuo 28–30 savaitės reguliariai atliekamas nestresinis testas, sprendžiama dėl gliukokortikoidų skyrimo.
- Gimdymas numatomas tretinio lygio akušerines paslaugas teikiančiame stacionare, kur yra naujagimių intensyviosios terapijos ir skubaus kraujo perpylimo galimybės [A].
- Atliekama planinė cezario pjūvio operacija, jos laikas parenkamas atsižvelgiant į klinikinę situaciją, ultragarsu išmatuotą gimdos kaklelio ilgį.

4.4. Diagnostika ir klinikinė taktika gimdymo metu.

- Dažniausiai nutekėjus vaisiaus vandenims ar amniotomijos metu prasideda kraujavimas iš makšties.
- Retai gimdymo metu atliekant tyrimą pro makštį veriantis gimdos kakleliui gali būti užčiuopiamos vaisiaus kraujagyslės dangaluose ar matomos amnioskopuojant.
- Visais kraujagyslių pirmeigos atvejais atliekama skubi cezario pjūvio operacija (1-oji skubumo kategorija), jei prasideda kraujavimas iš makšties, nuteka vaisiaus vandenys, prasideda sąrėmiai ar atsiranda vaisiaus būklės blogėjimo požymių.

2. LITERATŪROS ŠARŠAS.

1. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard O, Langhoff-Roos J. First trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010;115:935–44.
2. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13:175–90.
3. Healy DL, Breheny S, Halliday J, Jaques A, Rushford D, Garrett C, et al. Prevalence and risk factors for obstetric haemorrhage in 6730 singleton births after assisted reproductive technology in Victoria Australia. *Hum Reprod* 2010;25:265–74.
4. McCormack RA, Doherty DA, Magann EF, Hutchinson M, Newnham JP. Antepartum bleeding of unknown origin in the second half of pregnancy and pregnancy outcomes. *BJOG* 2008;115:1451–7.
5. Yang Q, Wen SW, Phillips K, Oppenheimer L, Black D, Walker MC. Comparison of maternal risk factors between placental abruption and placenta previa. *Am J Perinatol* 2009;26:279–86.
6. Odibo AO, Cahill AG, Stamilio DM, Stevens EJ, Peipert JF, Macones GA. Predicting placental abruption and previa in women with a previous cesarean delivery. *Am J Perinatol* 2007;24:299–305.
7. Oyelese Y. Placenta previa: the evolving role of ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;34:123–6.
8. Brace V, Kernaghan D, Penney G. Learning from adverse clinical outcomes: major obstetric haemorrhage in Scotland, 2003–05. *BJOG* 2007;114:1388–1396.
9. Ananth CV, Oyelese Y, Srinivas N, Yeo L, Vintzileos AM. Preterm premature rupture of membranes, intrauterine infection and oligohydramnios: risk factors for placental abruption. *Obstet Gynecol* 2004;104:71–7.
10. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:700–5.
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Use of Anti-D Immunoglobulin for Rhesus D Prophylaxis*. Green-top Guideline No. 22. London: RCOG; 2011.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management*. Green-top Guideline No. 27. London: RCOG; 2011.
13. Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD001988.
14. Oylese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006;108:1005–16.
15. Neilson JP. Interventions for treating placental abruption. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003247
16. Tikkanen M. Etiology, clinical manifestations, and prediction of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:732–40.
17. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:700–5.
18. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA* 1999;282:1646–51.
19. Begley CM, Gyte GM, Murphy DJ, Devane D, McDonald SJ, McGuire W. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(7):CD007412.
20. Alexander JM, Sarode R, McIntire DD, Burner JD, Leveno KJ. Whole blood in the management of hypovolemia due to obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2009;113:1320–6.
21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antepartum hemorrhage Green-top Guideline No.63 London RCOG; 2011 [http://www.rcog.org.uk/files/rcog-orp/GTG63_05122011APH.pdf].

METODIKA
KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU

II. METODIKOS PROCEDŪRŲ APRAŠAS

Kontroliniai lapai

Gausaus/ masyvaus kraujavimo nėštumo metu kontrolinis lapas

Pildydami šį kontrolinį lapą, būtinai įrašykite, pabraukite arba pažymėkite tinkamą variantą.

Pacientės KK.....

Data.....

Įrašykite laiką, kada pastebėtas kraujavimas iš genitalijų.....val.

Kraujavimo priežastis (pažymėkite): placentos pirmeiga, placentos atsoka, virkštelės kraujagyslių pirmeiga

Pažymėkite koks preliminarus netekto kraujo kiekis šiuo momentu:

>500 ml; >1000 ml; >1500 ml; >2000 ml

Pakviesta pagalba (pažymėkite)Įrašykite laiką.....val.

Vyresnysis akušeris-ginekologas

Akušeris

Anesteziologas-reanimatologas

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas

Sanitaras-kurjeris

Transfuziologas

Informuotas kraujo centras

Informuota operacinė

Pagalba atvyko (įrašykite laiką).....val.

Įvertinta pacientės būklė (įrašykite laiką).....val.

ŠSD..... k./min.

AKS.....mmHg

Sąmonės būklė (normali, pritemusi, nėra)

Diurezė..... ml/val.

Kvėpavimo dažnis.....k./min.

Arterinio kraujo įsotinimas O₂..... proc.

Veiksmai (pažymėkite ir nurodykite laiką)

- Tiekta deguonis pro kaukę 10–15 l/min. greičiu.....val.
- Kateterizuotos 1 arba 2 periferinės venos (14-16G kateteriais) (pabraukti).....val.
- Paimtas kraujas laboratoriniams tyrimams.....val.
- Nustatyta kraujo grupė ir Rh(D) faktorius.....val.
- Pradėta intraveninė kristaloidų ir koloidų tirpalų infuzija.....val. įrašykite rūšį, kiekį.....
- Sutapatinta.....vnt. eritrocitų masės.....val.
- Į šlapimo pūslę įstatytas nuolatinis kateteris.....val.
- Pradėta tapačios eritrocitų masės transfuzija (įrašykite laiką ir kiekį).....val.ml
- Perkelta į operacinę.....val.
- Atlikta laparotomija.....val.

Visas netekto kraujo kiekis (įrašyti).....ml

METODIKA
KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU

III. METODIKOS ĮDIEGIMO APRAŠAS

1. Būtinų resursų (žmogiškųjų resursų, medicininės įrangos ir kt.) aprašas.

Kraujavimo nėštumo metu atvejais pagalba ir gydymas organizuojamas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013–09–23 įsakymu Nr. V-900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Prasidėjus kraujavimui nėštumo metu, moterys turi būti siunčiamos į antrinio ar tretinio lygio paslaugas teikiančias įstaigas.

Žmogiškieji resursai.

1.1. Antrinio A lygio paslaugas teikiančioje įstaigoje visą parą turi būti užtikrinamas ne mažiau kaip 1 akušerio–ginekologo, 1 gydytojo neonatologo ar vaikų ligų gydytojo, anesteziologo–reanimatologo, akušerio paslaugų teikimas.

1.2. Antrinio B lygio paslaugas teikiančiose įstaigose visą parą užtikrinamas ne mažiau kaip 2 akušerių–ginekologų, 1 anesteziologo–reanimatologo, 1 gydytojo neonatologo, akušerių bei slaugytojų (bendrosios praktikos, anestezijos ir intensyviosios terapijos) paslaugų teikimas.

1.3. Tretinio lygio paslaugas teikiančiose įstaigose visą parą turi būti ne mažiau kaip 3 akušerių–ginekologų (vienas iš jų – skubiajai konsultacinei pagalbai perinatologijos centro paslaugų teikimo teritorijose teikti), 2 anesteziologų–reanimatologų, 3 gydytojų neonatologų (vienas iš jų – skubiajai konsultacinei pagalbai perinatologijos centro paslaugų teikimo teritorijose teikti), akušerių bei slaugytojų (bendrosios praktikos, anestezijos ir intensyviosios terapijos) komanda bei kitų profesinių kvalifikacijų gydytojų (transfuziologų, intervencinės radiologijos gydytojų ir kt.) paslaugos.

Medicininiai prietaisai ir kitos priemonės, kurių turi turėti antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikianti įstaiga.

1.4. Ambulatorinių paslaugų teikimas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003–09–09 įsakymas Nr. V-527 „Dėl ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“).

1.5. Akušerijos padalinyje (nėštumo patologijos skyriuje):

- Ultragarstinės diagnostikos aparatas (su makštiniu ir abdominaliniudavikliais);
- Kardiotokografas;
- Akušerinis stetoskopas;
- Arterinio kraujospūdžio matavimo aparatas;
- Tūrinės infuzinės pompos;
- Amnioskopas;
- Infuzinių tirpalų šildytuvas;
- Vaistų skyrimo ir gydymo bei darbo organizavimo schemas hemoraginio šoko atvejais;
- Elektrokardiografas ir defibriliatorius.

1.6. Gimdymo palatoje:

- Ultragarstinės diagnostikos aparatas (sumakštiniu ir abdominaliniu davikliais);
- Funkcinė gimdymo lova;
- Monitorius, padedantis nustatyti ir vertinti suaugusiojo gyvybines funkcijas (AKS, ŠSD, kraujo įsotinimą deguonimi);
- Kardiotokografas;
- Mobili apšvietimo lempa;
- Tūrinė ir (ar) švirkštinė infuzinė pompa;

- Gimdymo takų apžiūros rinkinys;
- Vakuuminis siurblys;
- Deguonies šaltinis su dozatoriumi;
- Vakuuminės vaisiaus ekstrakcijos komplektas ir (arba) akušerinių replių komplektas.

1.7. Operacinėje:

- Operacinis stalas, skirtas suaugusiajam;
- Operacinis šviestuvai;
- Narkozės aparatas;
- Rinkinys cezario pjūvio operacijai (2 vnt.);
- Vakuuminis siurblys;
- Histerektomijos instrumentų rinkinys;
- Laminuota *B-Lynch* siūlės schema.

Jei nėra galimybės nėščiosios nusiųsti į aukštesniojo lygio paslaugas teikiančią įstaigą ir atsiranda grėsmė jos ir (ar) vaisiaus bei naujagimio gyvybei ar sveikatai, kviečiamas aukštesniojo lygio paslaugas teikiančios įstaigos konsultantas. Žemesniojo lygio paslaugas teikiančios įstaigos akušeris–ginekologas telefonu informuoja aukštesniojo lygio paslaugas teikiančios įstaigos akušerį–ginekologą apie kraujuojančią nėščiąją, aptaria klinikinę situaciją. Apsvarstoma:

- Ar reikia konsultantui vykti į žemesniojo lygio paslaugas teikiančią įstaigą;
- Ar saugu pacientę perkelti į aukštesniojo lygio paslaugas teikiančią įstaigą;
- Kokia bus tolimesnė gydymo taktika.

Atvykęs į žemesniojo lygio paslaugas teikiančią įstaigą, akušeris–ginekologas konsultuoja pacientę, padaro įrašus medicininiuose dokumentuose, nustato, ar reikia pacientę vežti į aukštesnio lygio paslaugas teikiančią įstaigą.

Gydytojaikonsultantai iš aukštesniojo į žemesniojo lygio įstaigas (iš tretinio į antrinio B arba antrinio A lygio įstaigas ir iš antrinio B į antrinio A lygio įstaigas) vyksta konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikiančios įstaigos transportu. Dėl pagalbos į aukštesniojo lygio (tretinio arba antrinio B lygio) įstaigas nėščiosios vežamos siunčiančios įstaigos transportu. Automobiliai turi būti aprūpinti mediciniais prietaisais, vaistais ir priemonėmis, kurių sąrašas patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003–07–11 įsakymu Nr. V-428 „Dėl privalomų medicinos prietaisų, vaistų, asmeninių apsaugos priemonių, gelbėjimo ir apsaugos bei ryšio priemonių greitosios medicinos pagalbos transporto priemonėse sąrašo patvirtinimo“.

2. Svarbiausių metodikos įdiegimo įgūdžių aprašymas.

Siekiant sėkmingai pritaikyti šią metodiką ligoninėje, pirmiausia būtina apžvelgti bendrą ligoninės situaciją ir galimybes, iškelti problemas ir numatyti specifinius veiksmus. Būtina panaudoti vadovaujančių asmenų ir personalo (akušerių-ginekologų, anesteziologų-reanimatorių, akušerių, slaugytojų, administratorių, kraujo centro darbuotojų) patirtį ir žinias. Kad pagalba kraujavimo nėštumo metu būtų optimali, būtina koordinuota įvairių specialistų komandos narių veikla. Akušerijos skyriaus, anesteziologijos skyriaus, kraujo centro, operacinių ir kiti specialistai turi dirbti kartu ir nustatyti, kokios paramos ir veiksmų reikia, kad būtų taikomas veiksmingas ir koordinuotas kraujavimo po gimdymo gydymas.

Kiekvienoje gydymo įstaigoje reikia:

- Įvertinti specialistų, dirbančių akušerijos srityje, kompetenciją, teikiant pagalbą kraujavimo nėštumo metu atvejais;
- Nustatyti ir apibrėžti personalo funkcijas ir atsakomybes;
- Nustatyti bendravimo tarp akušerijos srityje dirbančių specialistų, anesteziologų-reanimatorių, kraujo centro ir laboratorijos specialistų procedūras;
- Įvertinti būtinų vaistų ir kraujo komponentų prieinamumą ir tiekimą;
- Nustatyti kitų gydymo priemonių prieinamumą;
- Įvertinti personalo gebėjimą nustatyti netekto kraujo kiekį;
- Organizuoti netekto kraujo kiekio matavimo mokymus, rengti simuliacijas, įrengti netekto kraujo kiekio nustatymo įgūdžių mokymo kambarį.

3. Literatūros sąrašas.

1. Crofts JF, Ellis D, Draycott TJ, Winter C, Hunt LP, Akande VA. Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. *BJOG* 2007;114:1534–41.
2. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19:145–50.
3. Brace V, Kernaghan D, Penney G. Learning from adverse clinical outcomes: major obstetric haemorrhage in Scotland, 2003–05. *BJOG* 2007;114:1388–96.

Glaustas metodikos pristatymas

KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU

PRIEŽASTYS

Priežastys, nesusijusios su nėštumu:

- gimdos kaklelio patologija (polipas, vėžys);
- makšties plyšimas (trauma, plyšę varikoziniai mazgai).

Priežastys, susijusios su nėštumu:

- kraujavimas ankstyvuoju nėštumo laikotarpiu (I trečdalyje);
- kraujavimas vėlyvuoju nėštumo laikotarpiu (II-III trečdaliuose).

KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU

PRIEŽASTYS:

- *Bloody show*;
- Placentos pirmeiga;
- Priešlaikinis placentos atsiskyrimas;
- Dangaluose prisitvirtinusios virkštelės kraujagyslių plyšimas (nukraujuoja vaisius);
- Gimdos plyšimas.

PLACENTOS PIRMEIGA

Placentos pirmėiga yra placentos implantacija apatiniame gimdos segmente, kai iš dalies arba visiškai uždengiami vidiniai gimdos kaklelio žiomenys

Pasitaiko 0,5 proc. išnešiotų nėštumų.

PLACENTOS PIRMEIGA

DIAGNOSTIKA

Nusiskundimai

Klinikiniai tyrimai

Ultragarsinis tyrimas

Transvaginalinis skenavimas

Transabdominalinis skenavimas

PLACENTOS PIRMEIGA

GYDYMAS IR AKUŠERINĖ TAKTIKA

Guldymas į akušerijos skyrių.

Gydymo taktika pasirenkama atsižvelgiant į:

- kraujavimo intensyvumą;
- nėštumo dydį ir vaisiaus brandumą.

PLACENTOS PIRMEIGA

AKTYVI TAKTIKA

Nėštumas, jei yra placentos pirmeiga, beveik visais atvejais užbaigiamas cezario pjūvio operacija.

Skubus cezario pjūvis - prasidėjus gausiam kraujavimui (neatsižvelgiama į nėštumo dydį).

Planinis cezario pjūvis - subrendus vaisiui (37–38 sav.).

PRIEŠLAIKINIS NORMALIAI PRISITVIRTINUSIOS PLACENTOS ATSISKYRIMAS

Priešlaikinis placentos atsiskyrimas (placentos atšoka) yra normaliai prisitvirtinusios placentos atsiskyrimas nuo gimdos sienelių iki vaisiaus užgimimo.

Pasitaiko apie 1 proc. nėščiųjų.

Beveik 50 proc. atvejų įvyksta nėštumo metu.

PRIEŠLAIKINIS PLACENTOS ATSISKYRIMAS

DIAGNOSTIKA

Nusiskundimai

Klinikiniai tyrimai

Ultragarsinis tyrimas (skiriama nuo placentos pirmeigos)

Diagnozę patvirtina po gimdymo rastas prie placentos motininio paviršiaus tvirtai prilipęs kraujo krešulys ar įvairaus dydžio placentinio audinio infarktai.

PRIEŠLAIKINIS PLACENTOS ATSISKYRIMAS AKUŠERINĖ TAKTIKA IR GYDYMAS

- Guldymas į akušerijos skyrių.
- Moters gyvybinių funkcijų vertinimas ir stebėjimas, laboratoriniai tyrimai (BKT, krešumo).
- Vaisiaus būklės ir gimdos aktyvumo vertinimas.
- Moters kraujo grupės ir Rh faktoriaus nustatymas.
- Eritrocitų masės (2–4 vnt.) sutapatinimas.
- Nėštumo užbaigimas.

PRIEŠLAIKINIS PLACENTOS ATSISKYRIMAS

Cezario pjūvio operacija atliekama, jei yra:

- gausus (moters gyvybei pavojingas) kraujavimas;
- nestabili vaisiaus būklė.

Būtina:

- Adekvatus netekto kraujo tūrio atstatymas;
- Kraujo krešėjimo sutrikimų šalinimas;
- Intensyvus gimdyvės būklės stebėjimas 24 val. po gimdymo.

METODIKA
KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU

IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS

Išsamus įdiegtos metodikos efekto ligoninėje audito aprašas

1. Audito priemonės.

1.1. Gimdymo istorijų peržiūra, siekiant surinkti informaciją apie kraujavimo nėštumo metu atvejais teiktos pagalbos kokybę.

1.2. Gausių kraujavimų dėl placentos pirmėigos ir placentos atšokos atvejų aptarimas iš karto po įvykio.

1.3. Anoniminės anketos.

2. Auditas ir grįžtamasis ryšys.

2.1. Audito rezultatų aptarimas personalo susirinkimo metu.

2.2. Audito išvadų pateikimas ligoninės administracijai.

Išsamus auditorių funkcijų aprašymas

Kraujavimo nėštumo metu dėl placentos pirmėigos ir placentos atšokos atvejai aptariami kasdieninių rytinių susirinkimų arba vizitacijų metu kiekvienoje gydymo įstaigoje. Po įvykio ne vėliau kaip po 24 val. klinikinė situacija trumpai aptariama su visais pagalbą teikusios komandos nariais, analizuojama, kas pavyko ir kas galėjo būti atlikta geriau. Paprašoma anonimiškai užpildyti anketą.

Kas pavyko? (*Pažymėkite, jei taip; apibūdinkite*)

- Gerai sekėsi bendrauti
- Geras komandinis darbas
- Geras vadovavimas
- Gerai priimti sprendimai
- Gerai vertinta situacija
- Kita

Trumpai apibūdinkite

Kilusios problemos (*Pažymėkite, jei taip; apibūdinkite*)

- Įrangos problemos
- Kraujo produktų neprieinamumas
- Nepakankama parama (skyriuje ar kitose ligoninės vietose)
- Vaistų problemos
- Delsimas perkelti pacientę (ligoninės viduje ar į kitą įstaigą)

Trumpai apibūdinkite

Nustatykite gerinimo galimybes (Pažymėkite, jei taip; apibūdinkite)

- Bendravimas turi būti geresnis
- Turi būti gerinamas komandinis darbas

- Turi būti gerinamas vadovavimas
- Turi būti gerinamas sprendimų priėmimas
- Turi būti gerinamas situacijos vertinimas
- Kita

Trumpai apibūdinkite

Anketų analizės rezultatai aptariami bendrame kolektyvo susirinkime, aptariamose problemų sprendimo galimybėse, teikiami pasiūlymai administracijai.

Įstaigos vadovo paskirtas auditorius kasmet atlieka visų kraujavimų dėl placentos pirmeigos ir placentos atšokos istorijų analizę ir pažymi:

Koks netekto kraujo kiekis?

Kokia kraujavimo nęštumo metu priežastis?

Ar tęsėsi kraujavimas po gimdymo?

Ar taikyta aktyvi placentinio laikotarpio priežiūra?

Ar moterims, kurių Rh(D) neigiamas, po kraujavimo epizodo suleista anti-(D) imunoglobulino?

Ar stebėtos gyvybinės funkcijos (AKS, ŠSD, diurezė, įsotinimas O₂)?

Ar kateterizuota daugiau nei 1 periferinė vena?

Ar dalyvavo vyresnysis akušeris-ginekologas?

Ar lašinta kristaloidų ir (ar) koloidų iki kraujo transfuzijos?

Kiek vienetų eritrocitų masės perpilta?

Ar taikytas chirurginis gydymas (įvardyti)?

Ar vaisiaus plaučiai brandinti gliukokortikoidais?

Svarbiausių kriterijų, kuriuos įtraukus į informacinę sistemą būtų galima daryti įdiegtos metodikos efektyvumo nacionaliniu mastu analizę, sąrašas

Eil. Nr.	Informacinėje sistemoje registruojami kriterijai
1.	Masyvaus nukraujavimo nęštumo metu atvejis, kai neteko ≥ 1500 ml kraujo
2.	Atlikta EM transfuzija
3.	Atliktas gimdos pašalinimas dėl kraujavimo nęštumo metu

Literatūros sąrašas

1. Crofts JF, Ellis D, Draycott TJ, Winter C, Hunt LP, Akande VA. Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. *BJOG* 2007;114:1534–41.
2. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19:145–50.
3. Brace V, Kernaghan D, Penney G. Learning from adverse clinical outcomes: major obstetric haemorrhage in Scotland, 2003–05. *BJOG* 2007;114:1388–96.
4. Lu MC, Fridman M, Korst LM, et al. Variations in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in California. *Maternal Child Health Journal*. 2005 September;9(3):297-306.

METODIKA
KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU

V. INFORMACIJA VISUOMENEI

Kraujavimas nėštumo metu po 22 nėštumo savaitės

Informacija pacientėms

Kam skirta ši informacija?

Ši informacija skirta Jums, jei po 22 nėštumo savaitės prasidėjo kraujavimas iš lyties organų. Dažniausios kraujavimo vėlyvo nėštumo metu priežastys yra placentos pirmeiga ir placentos atšoka. Ši informacija naudinga ir nėščiosios šeimos nariams ar draugams, taip pat visiems, norintiems žinoti apie placentos pirmeigą ir atšoką.

Kas yra placentos pirmeiga?

Nėštumo metu gimdoje kartu su vaisiumi vystosi ir placenta. Per placenta iš motinos kraujo vaisius gauna maisto medžiagų ir deguonies. Placenta atsiskiria ir išlenda po naujagimio gimimo.

Nedaugeliui moterų placenta prisitvirtina apatinėje gimdos dalyje ir dengia vidinius gimdos kaklelio žiomenis. Placentos pirmeigą galima nustatyti ultragarsiniu tyrimu. Dažniausiai placentos pirmeiga augant nėštumui išnyksta, tačiau 0,3–0,7 proc. nėščiųjų placentos padėtis nekinta ir ji lieka apatinėje gimdos dalyje iki nėštumo pabaigos. Tai vadinama placentos pirmeiga. Jei placenta dengia visą gimdos kaklelį, tai yra visiška placentos pirmeiga, o jeigu tik dalį jo – tai dalinė.

Kokia rizika man ir mano vaikui?

Placenta prisitvirtinusi apatinėje gimdos dalyje, todėl didėja kraujavimo antroje nėštumo pusėje rizika. Galimas ir gausus kraujavimas, kuris kelia pavojų motinos gyvybei. Jei yra placentos pirmeiga, dažnai prireikia cezario pjūvio operacijos, galimas gausus nukraujavimas, tačiau išsivysčiusiose šalyse dėl šios patologijos moterys miršta retai.

Kaip diagnozuojama placentos pirmeiga?

Jeigu pradėjote kraujuoti iš lyties organų antroje nėštumo pusėje, galima įtarti, kad yra placentos pirmeiga. Kraujavimas dažniausiai prasideda be jokios priežasties, nėra skausmo, kartais kraujavimas gali prasidėti po lytinių santykių. Kad yra placentos pirmeiga, galima įtarti, jei vaisiaus padėtis neįprasta, pvz., sėdmenų pirmeiga ar skersinė padėtis.

Placentos pirmeiga nustatoma ultragarsiniu tyrimu. Transvaginalinis ultragarsinis tyrimas (tiriama pro makštį) – geriausias placentos pirmeigos patvirtinimo ar paneigimo būdas. Šis tyrimas saugus tiek nėščiajai, tiek vaisiui.

Kokios papildomos nėštumo priežiūros galiu tikėtis, jei yra placentos pirmeiga?

Jei antroje nėštumo pusėje placenta išlieka prisitvirtinusi žemai, Jums bus atliekami dar keli ultragarsiniai tyrimai, siekiant patikrinti, ar placenta „pakilo“ augant gimdai.

Jūsų nėštumo priežiūros planas bus sudarytas atsižvelgiant į konkrečią situaciją. Jei Jums diagnozuota visiška placentos pirmeiga (placenta visiškai dengia gimdos kaklelį), yra didelė staiga ir gausaus kraujavimo ir skubios cezario pjūvio operacijos rizika. Tai gali įvykti bet kuriuo nėštumo laikotarpiu. Jei Jums diagnozuota placentos pirmeiga ir pradėjote kraujuoti, būtinai turite kuo greičiau kreiptis į ligoninę. Kai kuriais atvejais kraujo perpylimas tampa būtinu gelbstint motinos gyvybę. Jūs turite kuo anksčiau informuoti savo gydytoją ir akušerį apie savo požiūrį į kraujo perpylimą. Jeigu Jums nustatyta placentos pirmeiga, bet nėštumo metu nekraujuojate, Jums

gali būti pasiūlyta planinė cezario pjūvio operacija. Jeigu yra komplikacijų rizika, Jums gali tekti vyksti gimdyti į trečiojo lygio paslaugas teikiančią gydymo įstaigą.

Kas gali nutikti gimdymo metu?

Atsižvelgus į aplinkybes, sveikatos priežiūros komanda rekomenduos tinkamiausią ir saugiausią gimdymo būdą. Jei 32–36 nėštumo savaitę placentos kraštas yra mažiau nei 2 cm nuo gimdos kaklelio vidinių žiomenų, Jums prireiks cezario pjūvio operacijos. Gimdymo datą skirs konsultuojantis akušeris-ginekologas ir anesteziologas. Planinė cezario pjūvio operacija dažniausiai atliekama 38 nėštumo savaitę. Gimdyti gali tekti anksčiau, nei numatyta, jei pradėsite gausiai kraujuoti. Jei nėštumas 24–34 savaitių ir dėl placentos pirmeigos reikia užbaigti nėštumą prieš laiką, paprastai yra skiriama vaistų, gerinančių vaisiaus plaučių subrendimą (gliukokortikoidų).

Skausmo malšinimo operacijos metu būdus su Jumis aptars anesteziologas. Skubiu atveju gali prireikti bendrosios anestezijos. Jei yra placentos pirmeiga, gali prireikti kraujo perpylimo. Jei kraujavimo negalima sustabdyti ir jis tęsiasi, labai retais atvejais gali prireikti histerektomijos (gimdos pašalinimo).

Kas yra priaugusi placenta?

Retkarčiais galima placentos pirmeigos komplikacija – placentos priaugimas. Taip atsitinka, kai placenta įauga į gimdos raumenį ir dėl to neatsiskiria po gimdymo. Placentos priaugimas dažniau pasitaiko moterims, kurioms yra placentos pirmeiga ir kurioms anksčiau buvo atlikta cezario pjūvio operacija.

Kad yra placentos priaugimas, galima tik įtarti tiriant ultragarsu, tačiau dažniausiai tai paaiškėja bandant pašalinti placenta operacijos metu ar po gimdymo. Tokiais atvejais prasideda gausus kraujavimas ir jam sustabdyti gali tekti pašalinti gimdą.

Jei įtariama, kad placenta priaugusi prieš gimdymą, cezario pjūvį gali tekti atlikti anksčiau, t. y. 36–37 nėštumo savaitę.

Kas yra placentos atšoka?

Placentos atšoka yra reta, kraujavimą antroje nėštumo pusėje ir gimdymo metu sukelianti būklė. Kai visa ar dalis placentos atsiskiria nuo gimdos sienelių iki naujagimio gimimo – tai vadinama placentos atšoka, arba priešlaikiniu normaliai prisitvirtinusios placentos atsiskyrimu. Ši būklė labai pavojinga ir motinai ir vaisiui.

Kodėl įvyksta placentos atšoka?

Kodėl atšoka placenta tiksliai nežinoma. Placentos atšoka dažniau įvyksta moterims, kurios:

- Rūko;
- Vartoja kokainą;
- Turi aukštą kraujospūdį;
- Patenka į eismo įvykį;
- Krenta ant pilvo.

Kokie placentos atšokos požymiai?

- Kraujavimas iš makšties.
- Pilvo skausmas.
- Nugaros skausmas.
- Skausmingi gimdos susitraukimai.

Įvykus placentos atšokai, pakinta vaisiaus širdies tonai. Jei atšoka daugiau negu pusė placentos ploto, vaisius žūna.

Ar turėčiau kreiptis į gydytoją?

Jei nėštumo metu pradėjote kraujuoti iš lyties organų ar atsirado pilvo skausmas, kuo greičiau turite kreiptis į gydymo įstaigą.

Kokie tyrimai padeda nustatyti placentos atšoką?

Kad yra placentos atšoka galima įtarti įvertinus simptomus ir atlikus Jūsų tyrimą. Diagnozė patikslinama ultragarsiniu tyrimu.

Kaip gydoma placentos atšoka?

Jums atvykus į ligoninę bus:

- Paimtas iš venos kraujo tyrimams;
- Įvertinta vaisiaus būklė;
- Patikrinta ar yra gimdos susitraukimai;
- Į veną įkištas kateteris ir, jei reikės, skirta skysčių ar kraujo.

Gimdymo skubumas priklausys nuo nėštumo trukmės ir nuo to, kiek yra atšokusi placenta. Gimdyti galima natūraliu būdu arba atlikus cezario pjūvio operaciją.