

Krvarenja u kasnoj trudnoći i porodu

Huzanić, Renata

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:821629>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-03**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine
Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

RENATA HUZANIĆ

KRVARENJA U KASNOJ TRUDNOĆI I PORODU
Diplomski rad

Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb pod vodstvom doc.dr.sc. Vesne Elvedi Gašparović i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014./2015.

SADRŽAJ

1. SAŽETAK	I
2. SUMMARY	II
3. UVOD	1
3.1. KRVARENJE U KASNOJ TRUDNOĆI	1
3.2. ABRUPCIJA POSTELJICE (ABRUPTIO PLACENTAE)	1
3.2.1. SUBJEKTIVNI SIMPTOMI	4
3.2.2. OBJEKTIVNI SIMPTOMI	4
3.2.3. KOMPLIKACIJE MAJKE	5
3.2.4. KOMPLIKACIJE DJETETA	5
3.3. PREDLEŽEĆA POSTELJICA (PLACENTA PRAEVIA)	5
5. CILJ ISTRAŽIVANJA	9
6. ISPITANICE I METODE	9
7. REZULTATI	10
8. RASPRAVA	17
9. ZAKLJUČAK	19
10. ZAHVALA	20
11. LITERATURA	21
12. ŽIVOTOPIS	22

1. SAŽETAK

Cilj: Cilj je ovog retrospektivnog istraživanja bio ispitati incidenciju trudnoća s dijagnozom abrupcije posteljice i placente previje, rizične čimbenike za njihov nastanak, način dovršenja takvih trudnoća i perinatalni ishod.

Metode: U istraživanju su korišteni arhivski podaci Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb u razdoblju od 01.01.2013. – 31.12.2013. godine.

Rezultati: Od ukupno 4338 porođaja (> 22 tjedna trudnoće), 28 (0,65%) trudnica imalo je dijagnozu abrupcije placente, a 14 (0,32%) trudnica dijagnozu placente previje. Nije nađena značajna razlika u načinu dovršenja trudnoće s obzirom na dijagnozu ($p = 0.824$). Kod trudnica s placentom previjom, 2 od 14 (14,26 %) trudnoća dovršena je vaginalnim putem. Tri (10,71 %) trudnice s abrupcijom posteljice rodilo je vaginalno, a kod 25 (89,29%) trudnica učinjen je carski rez. Hipertenziju u trudnoći imalo je 5 (17,86%) trudnica s dijagnozom abrupcije posteljice. Vaginalno krvarenje bilo je prisutno u 12 (42,86 %) trudnica s dijagnozom abrupcije placente, a 8 (57,14%) kod placente previje. Placentu previju imalo je 12 (85,71%) višerodilja. U skupini s placentom previjom 8 (57,14 %) trudnica bilo je starije od 35 godina, a kod 5 (35,71 %) trudnica su prethodne trudnoće dovršene carskim rezom. Sedam (25%) trudnoća s abrupcijom posteljice je dovršeno prije 32. tjedna gestacije, dok je 8 (57,14%) trudnoća s placentom previjom dovršeno nakon 37. tjedna gestacije. Perinatalni ishod kod abrupcije placente bio je lošiji zbog češćeg prijevremenog rađanja. pH vrijednost iz pupkovine statistički je značajno niža u skupini s abrupcijom posteljice u odnosu na pH vrijednost u skupini s placentom previjom ($p = 0.012$). Kod 1 (7,14%) trudnice s placentom previjom pH pupčane vene bio je niži od 7.20, dok je kod abrupcije posteljice 15 (53,57%) imalo pH jednak ili niži od 7,20.

Zaključak: Učestalost abrupcije posteljice (0,65%) značajno je češća od placente previje (0,32%). U obje skupine trudnoće se najčešće dovršavaju carskim rezom. Uzevši u obzir rizične čimbenike i kliničku sliku, perinatalni ishod u prosjeku je bolji u trudnoćama s dijagnozom placente previje u usporedbi s trudnoćama s abrupcijom posteljice.

Ključne riječi: placenta previja, abrupcija placente, vaginalno krvarenje, carski rez

2. SUMMARY

Aim: This retrospective study was conducted to determine the incidence of placental abruption and placenta previa in pregnancy, risk factors, mode of delivery in these cases and perinatal outcomes.

Methods: The data were collected from the archive of Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital Center Zagreb during the period from 1st January 2013 until 31st December 2013.

Results: Among 4338 deliveries (> 22 weeks of gestation) 28 (0,65%) pregnancies were complicated with placental abruption and 14 (0,32%) were complicated with placenta previa. We observed no significant difference in the mode of delivery according to diagnosis ($p = 0,824$). In the group with placenta previa 2 (14,26%) had vaginal delivery, whereas 3 (10,71%) pregnancies with placental abruption had vaginal delivery and 25 (89,29%) had cesarean section. Five (17,86%) pregnancies with placental abruption were complicated with hypertension in pregnancy. Vaginal bleeding was present in 12 (42,86%) pregnancies diagnosed with placental abruption and 8 (57,14%) in placenta previa group. There were 12 (85,71%) multipara in the group with placenta previa. Eight (57,14%) patients in this group were older than 35, and 5 (35,71%) had a previous delivery by Cesarean section.

Seven (25%) pregnancies with placental abruption were terminated before 32 weeks, and 8 (57,14%) pregnancies in the placenta previa group after 37 weeks. In relation to the perinatal outcome in pregnancies with placental abruption was worse than in placenta previa group, because of frequent premature birth.

We observed significantly lower umbilical vein pH in the group with placental abruption compared to the group with placenta previa ($p = 0,012$). Only one case (7,14%) of the placenta previa group had umbilical vein pH ≤ 7.20 , whereas 15 (53,57%) in the group with placental abruption had pH ≤ 7.20 .

Conclusion: Incidence of placental abruption is significantly more frequent than placenta previa. In both groups pregnancies are mostly terminated by caesarean section. Taking into consideration risk factors and clinical symptoms, perinatal outcome is better in pregnancies with placenta previa compared to pregnancies with placental abruption.

Key words: placenta previa, placental abruption, vaginal bleeding, Cesarean section

3. UVOD

Sva hitna stanja koja dovode do akutnog gubitka krvi, a vezana su za trudnoću dijelimo na hitna stanja u ranoj trudnoći i hitna stanja u kasnoj trudnoći, hitna stanja u porodu i postpartalna hitna stanja.

Najčešća stanja, u kasnoj trudnoći i porodu, kod kojih postoji obilno krvarenje su placenta previja, abrupcija posteljice i ruptura uterusa. Kod placente previje krvarenje je iz uterusa na rodnicu, kod abrupcije je krvarenje najčešće intrauterino, a kod rupture uterusa intraabdominalno. Zbog obilnog krvarenja dolazi do poremećaja regulacijskih mehanizama kardiovaskularnog sustava i hipoksije tkiva. Najvažnije je utvrditi mjesto i uzrok krvarenja, zaustaviti krvarenje i nadoknaditi izgubljenju količinu krvi.(1)

Drugi važan simptom koji se javlja kao hitno stanje u trudnoći je bol u predjelu abdomena čiji uzrok može biti abrupcija posteljice i ruptura uterusa. Mnogo je hitnih stanja koja mogu ugroziti život trudnice: hemoragijski šok, endotoksični šok, anafilaktički šok, zračna embolija, tromboembolija i embolija plodnom vodom. Jako je važno da takva pacijentica bude pravilno zbrinuta i da joj se odmah pruži pomoć koja je potrebna.

U ovom radu obradit ćemo dva najčešća stanja u kasnoj trudnoći i porodu koja mogu uzrokovati akutni gubitak krvi i ugroziti život majke i djeteta, a to su placenta previja i abrupcija posteljice.

3.1. KRVARENJE U KASNOJ TRUDNOĆI

Krvarenje nakon 22. tjedna trudnoće smatra se krvarenjem u kasnoj trudnoći, a pojavljuje se u 2-5% trudnoća. Najčešći razlozi krvarenja su abrupcija posteljice u 31% trudnoća, placenta previja u 22% trudnoća, te takozvani ostali razlozi krvarenja u 47% trudnoća. U ostale razloge krvarenja ubrajamo: cervicitis, cervikalni polip, cervikalni karcinom, trauma, ruptura uterusa, vulvovaginalni varikoziteti, genitalne infekcije, hematurija, vaza previja.(2)

3.2. ABRUPCIJA POSTELJICE (ABRUPTIO PLACENTAE)

Abrupcija posteljice, djelomična ili potpuna, je prijevremeno odljuštenje normalno nasjele posteljice (u području fundusa na prednjoj ili stražnjoj stijenci maternice), nakon 20. tjedna trudnoće ili u tijeku poroda, zbog čega nastaje krvarenje

iz majčinih, a nerijetko i fetalnih krvnih žila posteljice, a pojavljuje se u 0,5% do 3,79% trudnoća.(3) Krvarenje nastaje između posteljice i unutrašnje stijenke maternice tako da se stvori retroplacentarni hematoma. Krvarenje ponekad može biti i na rodnicu. O površini odljuštenja posteljice ovise i klinički simptomi. Najčešće se upotrebljava klinička podjela po Pageu koji opisuje abrupciju posteljice u tri stupnja.(3) U prvom stupnju nema značajnih kliničkih simptoma, a ultrazvučno je moguće prikazati retroplacentarni hematoma. Kod drugog stupnja postoji jače vaginalno ili intrauterino krvarenje, ali bez razvoja šoka u trudnice i mogu se registrirati znakovi fetalne patnje. Treći stupanj karakterizira tetanija uterusa, perzistirajuća abdominalna bol uz razvoj šoka u trudnice, a u 30% trudnica se pojavljuju znakovi koagulopatije.

Rizični čimbenici za nastanak abrupcije posteljice su:

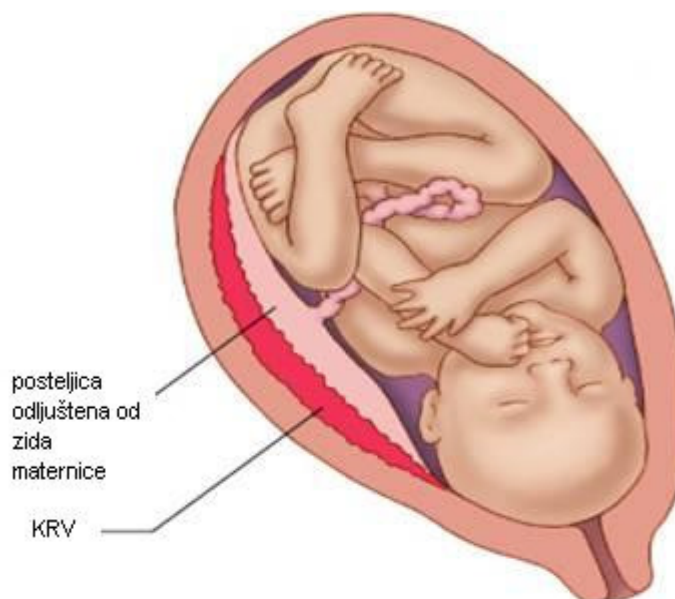
- Hipertenzija – najznačajniji čimbenik rizika, bez obzira je li prisutna izvan trudnoće ili se razvila u trudnoći
- Preeklampsija / eklampsija
- Trauma u trudnoći (pad na trbuh, udarac u trbuh i dr.)
- Pušenje, ovisnost o opijatima
- Prijevremeno prsnuće vodenjaka
- Kronične bubrežne i srčane bolesti
- Anomalije posteljice
- Kratka pupkovina
- Višeplodna trudnoća
- Polihidramniji
- Miomatozni uterus

Abrupcija posteljice je uvijek vrlo opasno zbivanje pogotovo ako se odljušti veće područje (1/3 ili više). Krvarenje počinje ljuštenjem posteljice od njene insercijske površine iz malih krvnih žila. Što je krvarenje jače, znači da je odljuštena veća površina posteljice.

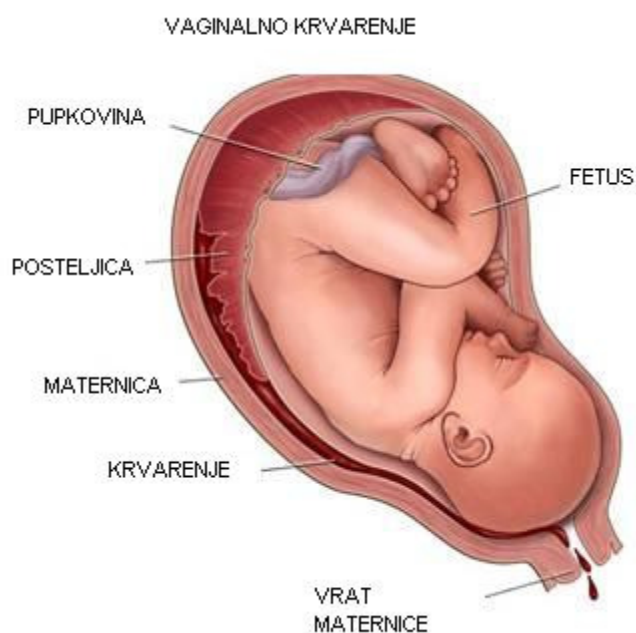
Dva su moguća smjera krvarenja:

- a) **KRVARENJE PREMA UNUTRA** – krv se skuplja u prostoru između odljuštenih dijelova posteljice i unutrašnje stijenke uterusa. Stvara se hematoma iza posteljice –retroplacentarni hematoma. U ovom slučaju odljuštenje se zbiva više u sredini posteljice.

- b) KRVARENJE PREMA UNUTRA I PREMA VAN – kada se ne odlijušte samo centralni nego i rubni dijelovi posteljice. Krv si pravi put između plodovih ovoja i stijenke uterusa te istječe kroz cervikalni kanal i rodnicu prema van. Većinom su ta krvarenja oskudna i nisu mjerilo za ukupni gubitak krvi. Krvarenje kod abrupcije posteljice je prije svega unutrašnje.



Slika 1.



Slika 2.

Prijevremeno odljuštenje posteljice može početi naglo, bez ikakvog prethodnog, klinički primjetljivog znaka.

3.2.1. SUBJEKTIVNI SIMPTOMI

- **BOL** – najčešće prvi simptom. Pacijentice ga opisuju kao naglu, jaku, oštru bol u donjem dijelu trbuha
- **OPĆE LOŠE STANJE** – vrtoglavica, "mračenje" pred očima, pomanjkanje zraka, osjećaj straha, nesvjestica, često prisutna punoća i napetost trbuha
- **NE OSJEĆA VIŠE MICANJE DJETETA** – česti je osjećaj trudnice kojem prethode ranije opisani simptomi

3.2.2. OBJEKTIVNI SIMPTOMI

- **KRVARENJE** – iz rodnice. U većini slučajeva je oskudno. Jako vaginalno krvarenje kod abrupcije posteljice općenito je rijetko. U 20% - 30% slučajeva trudnice ne krvare prema van nego samo unutra, između stjenke maternice i posteljice.
- **ŠOK** – izrazito bljedilo, ubrzan i slabo punjen puls, pad krvnog tlaka
- **TVRD I NAPET TRBUH** – poput „daske“. Napetost je uzrokovana količinom krvi koja raste između stjenke uterusa i placente.
- **BOLAN I OSJETLJIV UTERUS PRILIKOM PALPACIJE** – često u tolikoj mjeri da je nemoguća vanjska pretraga. Uzrok mu je jako rastegnuta seroza uterusa.
- **KUCAJI ČEDINJEG SRCA** – ubrzani ili usporeni, često i nečujni.

Navedeni simptomi mogu u potpunosti izostati ili biti tek naznačeni ako je površina odljuštene posteljice mala. Tada će se abrupcija prepoznati tek nakon poroda posteljice gdje će na mjestu ranijeg odljuštenja postojati udubljenje s prijanjajućim ugrušcima krvi.

Opstetrički postupak kod abrupcije posteljice ovisan je o gestacijskoj dobi i kliničkoj slici trudnice, odnosno laboratorijskim nalazima koagulacijskih čimbenika.

3.2.3. KOMPLIKACIJE MAJKE

- Hemoragični šok
- Diseminirana intravaskularna koagulopatija
- Ruptura uterusa
- Ishemična nekroza bubrega i jetre
- Akutna bubrežna insuficijencija

3.2.4. KOMPLIKACIJE DJETETA

- Hipoksija
- Anemija
- Oštećenje CNS-a
- Smrt

Terapija abrupcije posteljice usmjerena je prema dovršenju trudnoće, borbi protiv šoka, krvarenja i korekciji poremećene koagulacije. Kod težih kliničkih slika, kada je ugrožen život trudnice, nužno je hitno, najčešće carskim rezom dovršiti trudnoću bez obzira na stanje djeteta.

Kod lakših kliničkih slika, manjih površina krvarenja i niže gestacijske dobi provodi se intenzivno liječenje, uz intenzivan nadzor majke i fetusa.

Krvarenje uzrokovano abrupcijom posteljice uzrokuje visoku perinatalnu smrtnost pa je nužna brza i rana dijagnostika uz hitno dovršenje poroda. Zbog prisutnog fetomaternalnog krvarenja svim Rh negativnim trudnicama, unutar 72 sata, potrebno je dati anti-D imunoglobulin.

3.3. PREDLEŽEĆA POSTELJICA (PLACENTA PRAEVIA)

Posteljica normalno leži visoko u fundusu, na prednjoj ili stražnjoj stijenci tijela maternice. Placenta previja je prema definiciji nisko sijelo posteljice koje u potpunosti ili djelomično prekriva unutrašnje ušće maternice, što znači da se nalazi djelomično ili potpuno ispred vodeće česti djeteta tj. posteljica prethodi djetetu. Tako usađena posteljica u donjem dijelu maternice početak će se i ranije

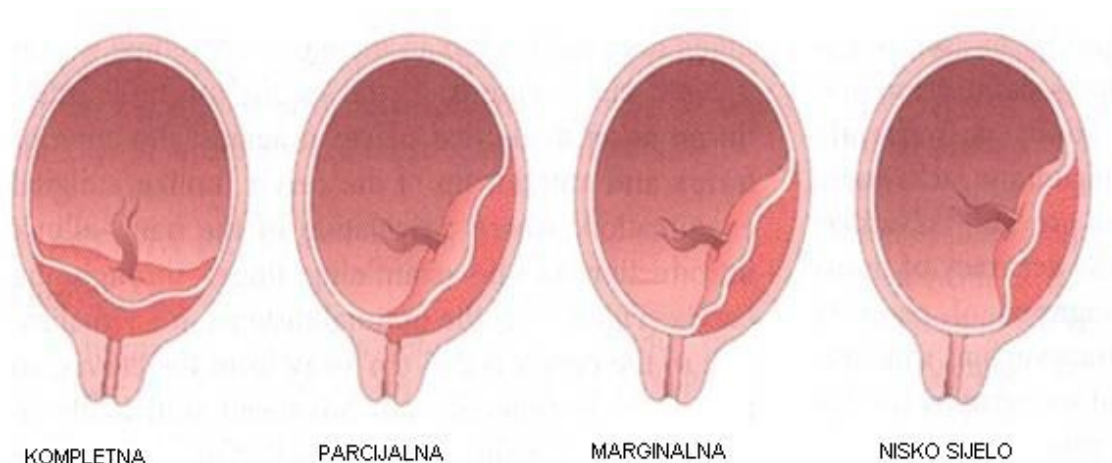
ljuštiti, zbog čega nastaje krvarenje. Ljuštenje počinje obično s prvim trudovima u posljednjem tromjesečju trudnoće, a najkasnije u prvo porođajno doba kada trudovi šire donji uterini segment, a posteljica se ne može širiti, nego se ljušti. Režnjevi posteljice se odljušte od bazalne decidue te trudnica krvari iz velikih uteroplacentarnih krvnih žila i otvorenih viloznih prostora posteljice. Krvarenje zbog placente previje javlja se u 0,5% svih poroda, a ponavlja se u 5% trudnica koje su već imale placentu previju. Rizični čimbenici su sljedeći:

- višerodilje
- dob trudnica iznad 35 godina
- abnormalnosti posteljice i pupkovine
 - Placenta bipartita
 - velamentozna insercija pupkovine
- tumor uterusa
- prethodni carski rez
- višeplovna trudnoća
- ponavljajuće trudnoće u kratkom vremenskom razdoblju
- ranija placenta previja

Donji se uterini segment formira na kraju drugog tromjesečja i do tada još nije moguće procijeniti stupanj placente previje.

Razlikujemo četiri stupnja placente previje:

1. Placenta previja totalis – posteljica potpuno prekriva unutrašnje ušće.
2. Placenta previja parcijalis – posteljica samo djelomično prekriva unutrašnje ušće.
3. Placenta previja marginalis – donji rub posteljice doseže unutrašnje ušće ili ga neznatno prelazi
4. Nisko sijelo posteljice – dio posteljice leži u donjem uterinom segmentu, ali ne doseže unutrašnje ušće.



Slika 3.

U gotovo 50% slučajeva, nađe se nisko sijelo posteljice ili marginalna placenta previja.(3) Krvarenje je često intermitentno, a u oko 90% slučajeva dolazi do obilnijeg krvarenja koje može uzrokovati šok trudnice. Oko 15% trudnica uopće nema krvarenja sve do početka poroda. Kod placente previje uterus je mekan i nije napet. Također se mora imati na umu da trudnicu ne ugrožava samo krvarenje nego i razdori mekih dijelova porođajnog kanala.

Dijagnoza placente previje mora biti postavljena prije nastupa trudova, a postavlja se na temelju ultrazvuka nakon 24. tjedna trudnoće, a prije nastupa kliničkih znakova. Krvarenje je uobičajeni znak placente previje, ono je bezbolno i javlja se najčešće između 34. i 38. tjedna trudnoće, ali može se javiti i ranije. Postupak zbrinjavanja ovisi o stupnju placente previje i trajanju trudnoće. Također ovisi o intenzitetu i trajanju krvarenja te općem stanju trudnice. Prije 20. tjedna trudnoće kod trudnica kod kojih je dijagnosticirano nisko sijelo posteljice nije potreban nikakav poseban tretman. Nakon 20. tjedna trudnoće, trudnicu koja nema nikakvih simptoma obično se upozorava na važnost umjerene fizičke aktivnosti. Kada se pojavi krvarenje, trudnica se obavezno zaprima u bolnicu kako bi se moglo procijeniti i pratiti stanje majke i djeteta. Trudnica mora strogo mirovati i izbjegavati psihički stresne situacije. Provode se mjere intenzivnog nadzora djeteta. Po potrebi se započinje s lijekovima koji umiruju kontrakcije maternice (tokoliza), daju se nadomjesci željeza te transfuzija krvi ukoliko je potrebna. Liječenje trudnica s placentom previjom vrši se u bolničkim odjelima, gdje postoji mogućnost operacijskog zahvata, transfuzije krvi te ostalih mjera intenzivnog nadzora trudnice i fetusa. Trudnice niske gestacije, zbog prijetjećeg

prijevremenog poroda zaprimaju se kao „Transport in utero“ iz manjih centara u rodilišta više razine zbog osiguranja adekvatne skrbi. Ponekad se trudnica može poslati na kućno mirovanje ako uz provedeno liječenje više ne krvari, živi u blizini bolnice i ako je moguća stalna prisutnost druge osobe. Cilj je svaku trudnoću s placentom previjom održati do 37. tjedna kada se postiže zrelost pluća djeteta. Tada se takva trudnoća dovršava carskim rezom kako bi se smanjio rizik krvarenja. Ako su prije tog vremena majka i/ili dijete ugroženi obilnim krvarenjem, porod se neće odgađati. Danas se u pravilu, u interesu majke i djeteta trudnoće s placentom previjom dovršavaju carskim rezom. Iznimka je marginalna placenta previja i nisko sijelo posteljice kod kojih je moguć vaginalni porod ali samo kada je krvarenje slabo, kada nisu ugroženi ni majka ni dijete. U tim slučajevima posteljica u pravilu ne ometa prolaz djeteta kroz porođajni kanal.

4.HIPOTEZA

H1. Među rodiljama s dijagnozom abrupcije placente i placente previje postoji razlika u načinu dovršenja trudnoće.

H2. Vaginalno krvarenje u kasnoj trudnoći je povezano s dijagnozama abrupcije placente i placente previje.

H3. Perinatalni ishod djece rođene iz trudnoća kompliciranih abrupcijom placente i placente previje je različit.

5. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj je ovog retrospektivnog istraživanja bio ispitati incidenciju trudnoća s dijagnozom abrupcije posteljice i placente previje, rizične čimbenike za njihov nastanak, način dovršenja takvih trudnoća i perinatalni ishod.

6. ISPITANICE I METODE

U istraživanju su korišteni podaci iz rađaonske knjige Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb u razdoblju od 01.01.2013. – 31.12.2013. te povijesti bolesti. Obrađeni podaci su uključivali medicinsku dokumentaciju 28 trudnica s dijagnozom abrupcije placente te medicinsku dokumentaciju 14 trudnica s dijagnozom placente previje. Trudnice s višeplođnim trudnoćama i trudnice s gestacijom nižom od 22 tjedna isključene su iz istraživanja.

Ispitivane varijable bile su dob trudnice, trajanje gestacije, paritet, perinatalni ishod, te način i tjedan dovršenja trudnoće. Analizirani su i rizični čimbenici za promatrane grupe pacijentica i međusobno su uspoređeni. Rezultati su prikazani tablično i grafički. Za usporedbu skupina (način dovršenja trudnoće s obzirom na dijagnozu te tjedni dovršenja trudnoće i perinatalni ishod obzirom na dijagnozu) primijenjen je Fisherov egzaktni test vjerojatnosti. Statistička značajnost prihvaćena je uz $p < 0,05$.

7. REZULTATI

U razdoblju od 01.01.2013. – 31.12.2013. u Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb bilo je ukupno 4338 porođaja (> 22 tjedna trudnoće). Od ukupnog broja porođaja 28 (0,65%) trudnica imalo je dijagnozu abrupcije placente, a 14 (0,32%) trudnica dijagnozu placente previje (tablica 1).

Tablica 1. Ukupan broj porođaja, broj i postotak trudnica s dijagnozom abrupcije posteljice i placente previje

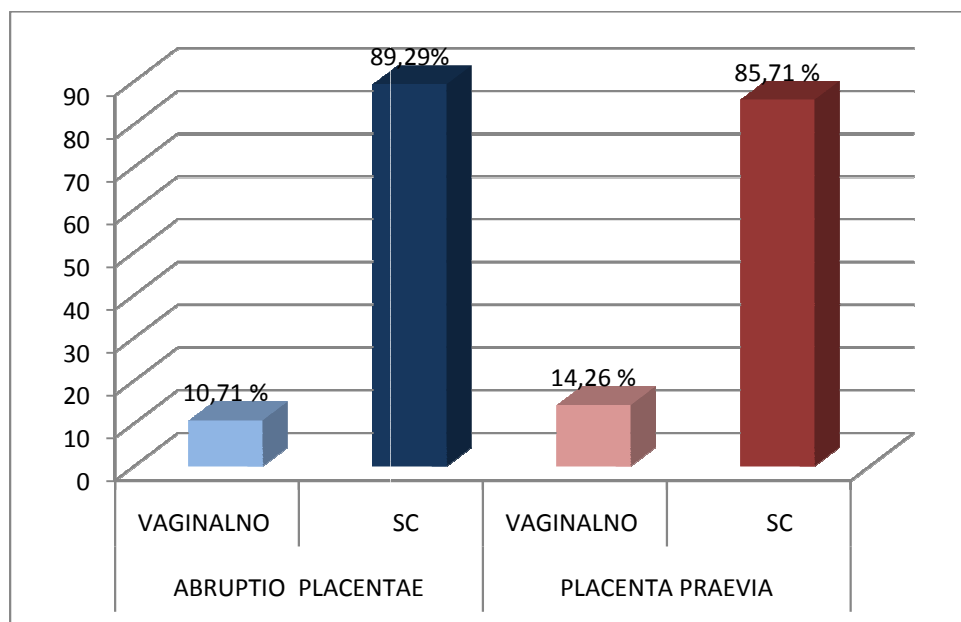
UKUPAN BROJ POROĐAJA OD 01.01.2013.-31.12.2013.	ABRUPTIO PLACENTAE		PLACENTA PRAEVIA	
	N	%	N	%
4338	28	0,65	14	0,32

Način dovršenja trudnoće u obje skupine bio je vaginalni i operativni carskim rezom. Nije nađena značajna razlika u načinu dovršenja trudnoće s obzirom na dijagnozu ($p = 0.824$). U tablici 2. i grafički (Graf 1.) je prikazano da su kod trudnica s placentom previjom dvije od 14 (14,26%) trudnoća dovršene vaginalno (nisko sijelo posteljice), a ostalih 12 (85,71%) carskim rezom. Vaginalno su rodile 3 (10,71%) trudnice s abrupcijom posteljice, a kod njih 25 (89,29%) učinjen je carski rez.

Tablica 2. Način dovršenja trudnoće s obzirom na dijagnozu

ABRUPTIO PLACENTAE				PLACENTA PRAEVIA				<i>p</i>
UKUPNO 28				UKUPNO 14				0,824
VAGINALNO		SC		VAGINALNO		SC		
N	%	N	%	N	%	N	%	
3	10,71	25	89,29	2	14,26	12	85,71	

Graf 1. Način dovršenja trudnoće s obzirom na dijagnozu

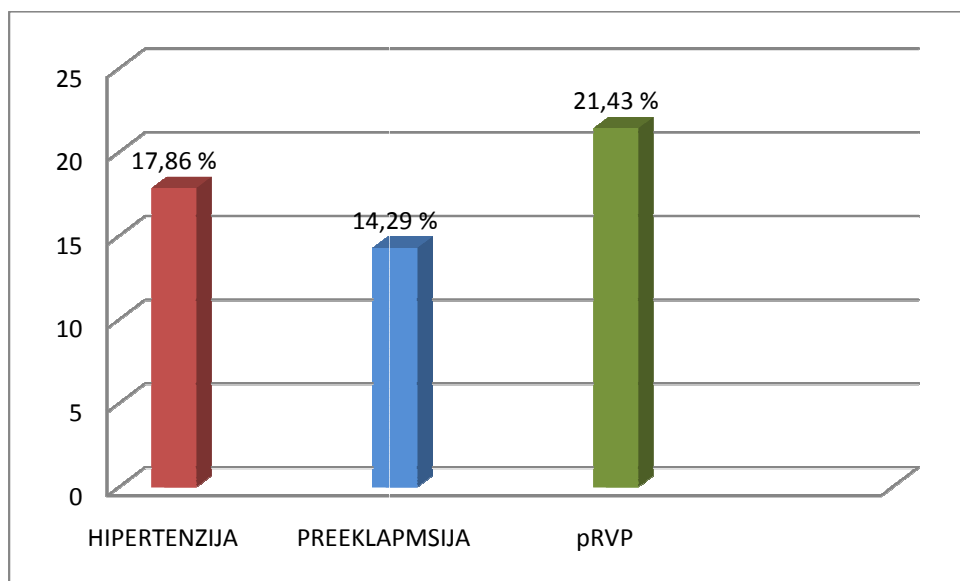


Najučestaliji rizični čimbenik za abrupciju posteljice u ovom istraživanju je prijevremeno prsnuće vodenjaka prije termina (pRVP) u 6 (21,43%) trudnica. Hipertenziju u trudnoći imalo je 5 (17,86%) trudnica a preeklampsiju 4 (14,29 %) (Tablica 3. i Graf 2.).

Tablica 3. Učestalost rizičnih čimbenika za abrupciju posteljice

RIZIČNI ČIMBENICI	N	%
pRVP	6	21,43
HIPERTENZIJA	5	17,86
PREEKLAMPSIJA	4	14,29

Graf 2. Učestalost rizičnih čimbenika za abrupciju posteljice

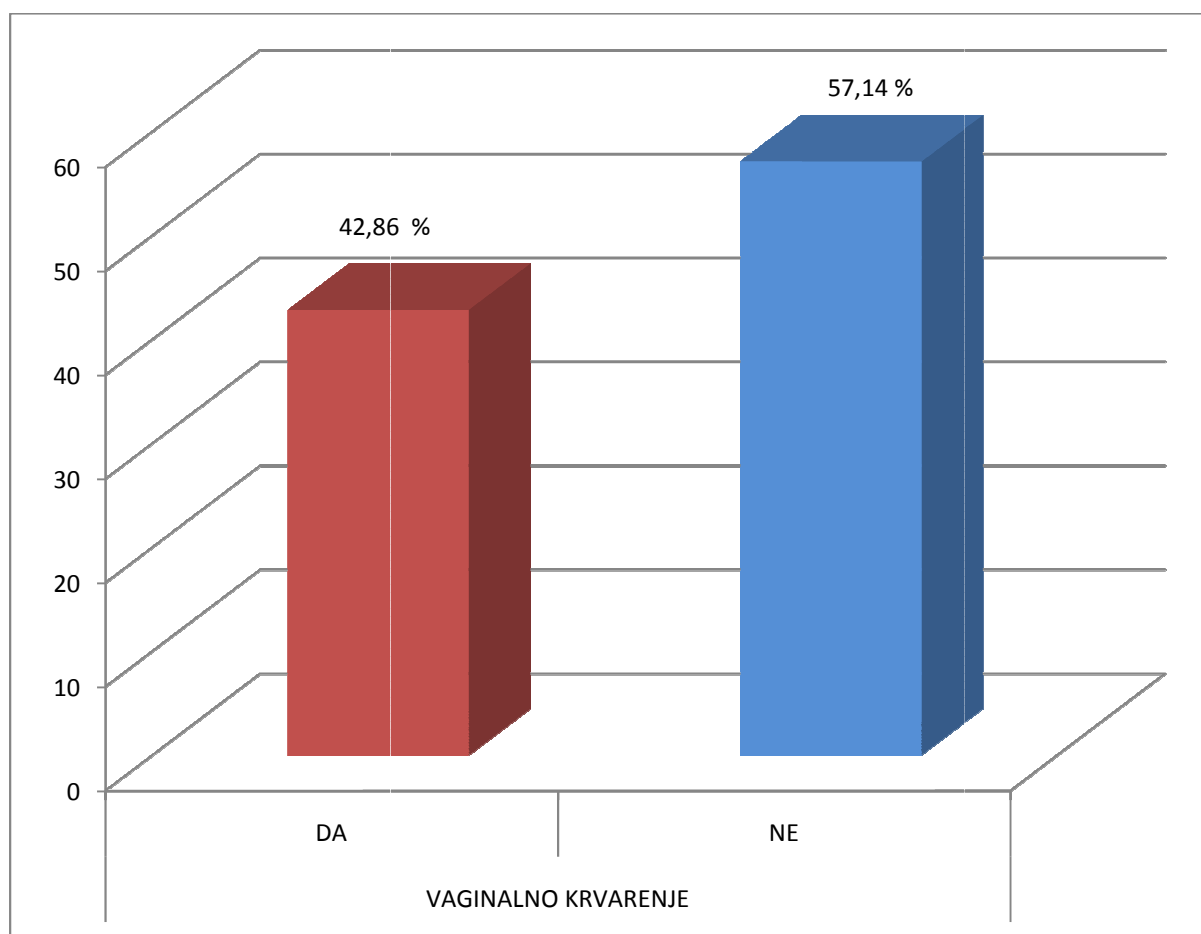


Vaginalno krvarenje kao jedno od determinirajućih simptoma bilo je prisutno u 12 (42,86%) trudnica s dijagnozom abrupcije placente (Tablica 4. i Graf 3.).

Tablica 4. Učestalost vaginalnog krvarenja kod abrupcije posteljice

UKUPAN BROJ ABRUPCIJA	VAGINALNO KRVARENJE DA		VAGINALNO KRVARENJE NE	
	N	%	N	%
28	12	42,86	16	57,14

Graf 3. Učestalost vaginalnog krvarenja kod abrupcije posteljice

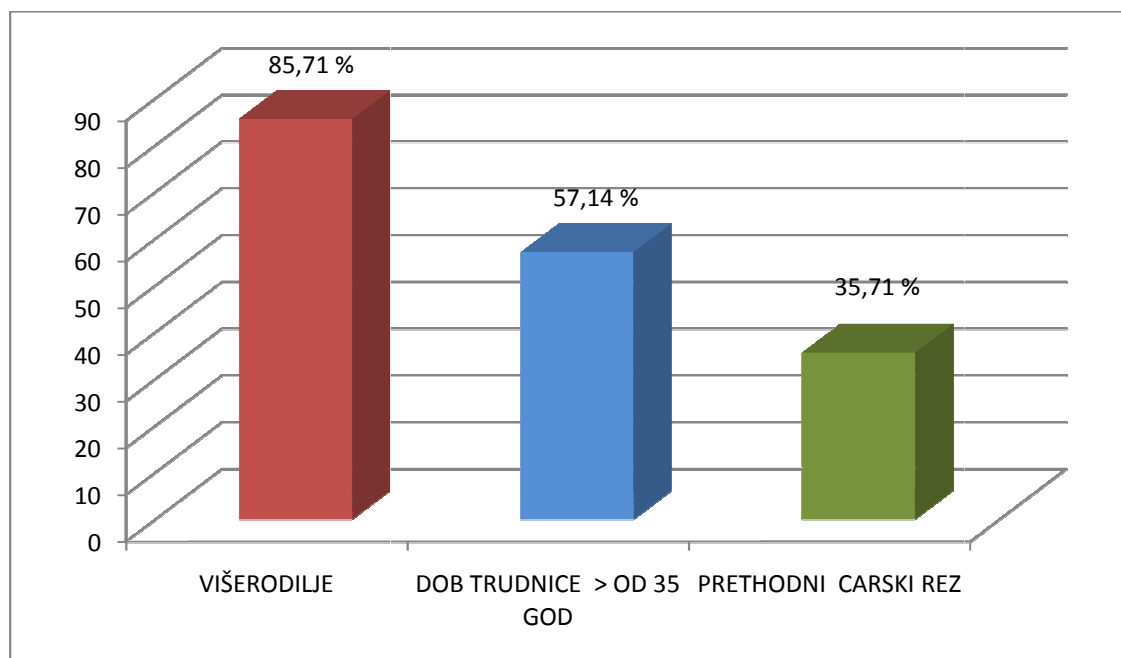


Dijagnozu placente previje u promatranom razdoblju imalo je ukupno 14 trudnica, od toga 12 (85,71%) trudnica koje su već jednom ili više puta rodile. 8 (57,14 %) trudnica bilo je starije od 35 godina života, 5 (35,71%) trudnica su imale prethodne trudnoće dovršene carskim rezom (Tablica 5. i Graf 4.).

Tablica 5. Učestalost rizičnih čimbenika kod placente previje

RIZIČNI ČIMBENICI	N	%
VIŠERODILJE	12	85,71
DOB TRUDNICE > OD 35 GOD	8	57,14
PRETHODNI CARSKI REZ	5	35,71

Graf 4. Učestalost rizičnih čimbenika kod placente previje



Skupina s abrupcijom posteljice imala je manju gestacijsku dob u vrijeme dovršenja trudnoće u usporedbi s trudnicama s placentom previjom. U skupini trudnica s abrupcijom posteljice 25 % trudnoća dovršeno je prije 32 tjedna, 28,58 % između 32-36 tjedna, a 46,43 % trudnica s dijagnozom abrupcije placente rodilo je u terminu, za razliku od skupine s placentom previjom čije su trudnoće u 57,14% dovršene u terminu, 42,86% između 32-36 tjedna, dok onih koje su dovršene prije 32 tjedna nije bilo.

Sukladno navedenom i perinatalni ishod ocjenjen Apgar indeksom kod skupine abrupcija bio je lošiji, iako ne značajno. Apgar indeks < 4 u 1. minuti imalo je 17,86% novorođenčadi. Apgar indeks 4-7 imalo je 32,14% djece, a u 50 % djece Apgar indeks je bio 8-10. Novorođenčad majki s dijagnozom placente previje u 1. minuti imala su Apgar indeks 8-10 u 78,58 %, 4-7 u 21,43 %. Apgar indeks <4 nakon 1. minute nije imalo niti jedno novorođenče rođeno od majki s dijagnozom placente previje. Apgar indeks u 5. minuti <4 imalo je 10,71% novorođenčadi iz skupine trudnica s abrupcijom posteljice. 17,86% djece imalo je Apgar indeks 4-7, a 71,42% djece Apgar indeks 8-10. Skupina novorođenčadi iz trudnoća s dijagnozom placente

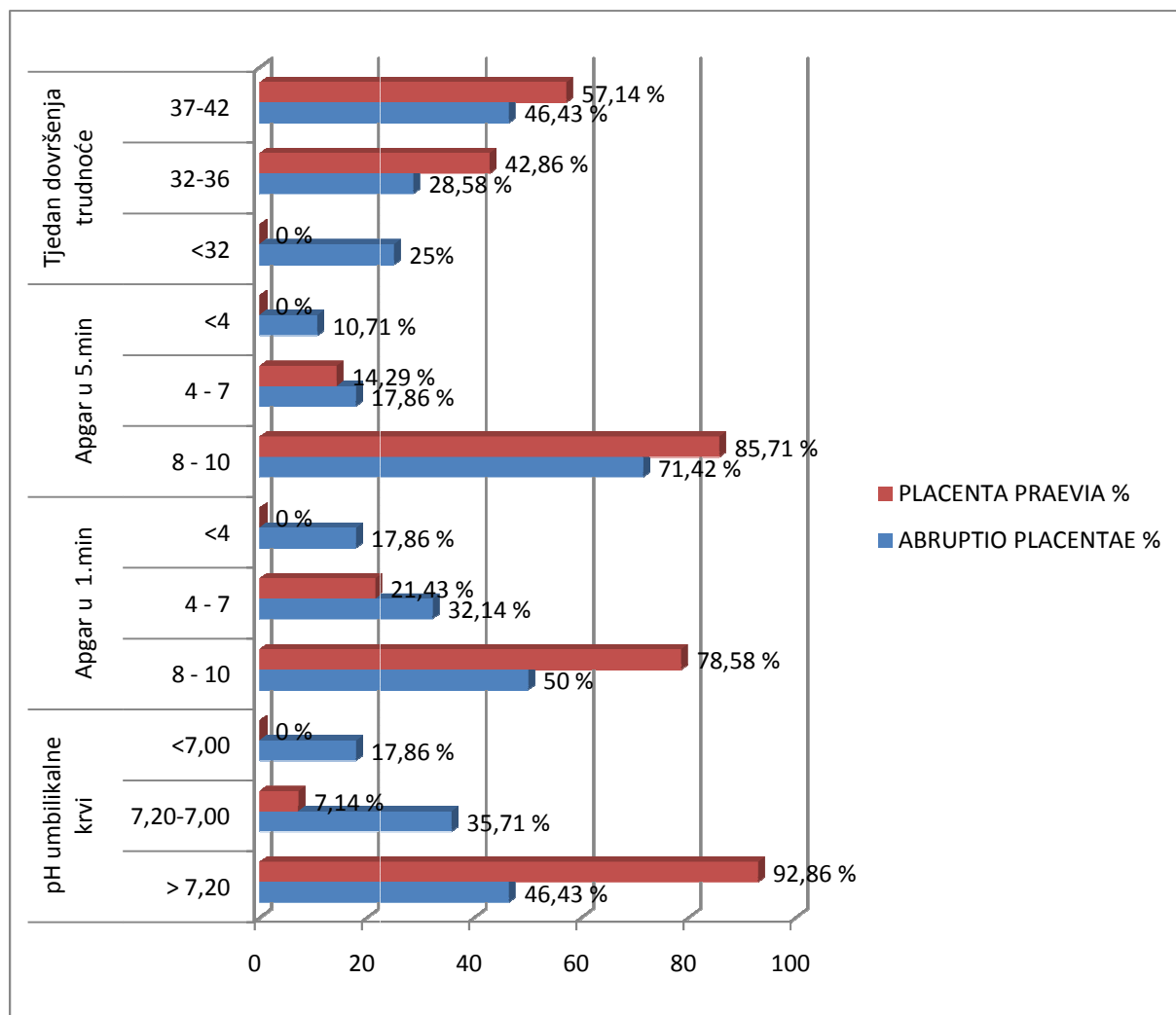
previje Apgar indeks 8-10 nakon 5. minute imalo ih je 85,71 % . Apgar indeks 4-7 imalo je 14,29%, a < 4 niti jedno dijete.

pH vrijednost iz pupkovine statistički je značajno niža u skupini s abrupcijom posteljice u odnosu na pH vrijednost u skupini s placentom previjom ($p = 0.012$). U skupini s abrupcijom posteljice zabilježeno je 17,86 % novorođenčadi s $pH < 7,20$, u 35,71 % novorođenčadi pH je bio 7,00-7,20, a u 46,43 % novorođenčadi pH vrijednost je bila $> 7,20$ Novorođenčad iz skupine placentae previje imala u 92,86 % pH umbilikalne krvi $> 7,20$ a 7,14% pH 7,00 – 7,20. (Tablica 6. i Graf 5.).

Tablica 6. Tjedan dovršenja trudnoće i perinatalni ishod obzirom na dijagnozu

GRUPE		ABRUPTIO PLACENTAE		PLACENTA PRAEVIA		p
		N	%	N	%	
pH umbili- kalne krvi	> 7,20	13	46,43	13	92,86	0,012
	7,20- 7,00	10	35,71	1	7,14	
	<7,00	5	17,86	0	0	
Apgar u 1.min	8-10	14	50	11	78,58	0,123
	4-7	9	32,14	3	21,43	
	<4	5	17,86	0	0	
Apgar u 5.min	8-10	20	71,42	12	85,71	0,628
	4-7	5	17,86	2	14,29	
	<4	3	10,71	0	0	
Tjedan dovršnja trudnoće	<32	7	25	0	0	0,102
	32-36	8	28,58	6	42,86	
	37-42	13	46,43	8	57,14	

Graf 5. Tjedan dovršenja trudnoće i perinatalni ishod s obzirom na dijagnozu



8. RASPRAVA

Učestalost abrupcije posteljice u Klinici za ženske bolesti i porode, KBC-a Zagreb u 2013. godini bila je 0,65 % što se podudara s podacima iz literature. U istom razdoblju učestalost trudnoća s dijagnozom placente previje bila je 0,32%.

Nije nađena značajna razlika u načinu dovršenja trudnoće s obzirom na dijagnozu ($p = 0.824$). Vaginalni porod uslijedio je u 3 od 28 trudnica (10,71 %) s dijagnozom abrupcije placente. U skupini od 14 trudnica s dijagnozom placente previje 2 su trudnoće (14,26 %) dovršena vaginalnim porodom.

Naši rezultati potvrđuju da je jedan od vodećih čimbenika za abrupciju placente bio pRVP koji je u ispitivanoj skupini bio zastupljen s 21,43 %. 17,86 % trudnica s dijagnozom hipertenzije imalo je abrupciju posteljice. Učestalost preeklampsije u ispitanoj skupini bila je 14,29 %.

Prisustvo vaginalnog krvarenja zabilježeno je kod 12 (42,86 %) trudnica s dijagnozom abrupcije posteljice, što je manje od podataka koje navodi Hurd i sur. (78 %). Višerodilje imaju veću učestalost placente previje u trudnoći, a u našoj ispitivanoj skupini bilo ih je 85,71 %. Osam trudnica (57,14 %) u skupini placente previje je bilo starije od 35 godina života, što je također neovisni rizični čimbenik, kao i prethodne trudnoće dovršene carskim rezom što je bio slučaj kod 5 (35,71 %) trudnice u našem istraživanju.

Pokazano je da su tjedni dovršenja trudnoće te Apgar indeks u 1. i 5. minuti niži u skupini sa abrupcijom posteljice u odnosu na skupinu sa placentom previjom iako ne statistički značajno što je moguće posljedica relativno malog broja pacijentica u svakoj skupini. Trudnoće s placentom previjom prosječno su dovršene s navršenih 36 tjedana trudnoće, a trudnoće s abrupcijom placente s 33 tjedna trudnoće. Obzirom da se u prvoj skupini većinom radi o djeci rođenoj u terminu, a u drugoj skupini o nedonoščadi, različiti su i perinatalni ishodi. Novorođenčad rodilja s abrupcijom placente imala su niži Apgar indeks. U 1. minuti 17,86 % novorođenčadi imalo je Apgar < 4, 32,14% imalo je Apgar indeks između 4-7, a Apgar 8-10 imalo je 50 %. Novorođenčad rodilja s placentom previjom kojima je Apgar u 1. minuti bio u 78,58 % između 8-10, a u 21,43% 4-7. U 5. minuti kod abrupcije placente 8-10 Apgar je imalo 71,42 %, 17,86 % imalo je 4-7 Apgar, a 10,71 % < 4. Skupina placenta previja u 85,71 % slučajeva u 5. minuti imala Apgar 8-10 i 14,29 % Apgar 4-7.

pH vrijednost iz pupkovine statistički je značajno niža u skupini s abrupcijom posteljice u odnosu na pH vrijednost u skupini s placentom previjom ($p = 0.012$). Prosječna pH vrijednost krvi iz pupčane vene kod abrupcija bila je 7,19 a u skupini s placentom previjom 7,28.

9. ZAKLJUČAK

Učestalost placente previje u Klinici za ženske bolesti i porode, u jednogodišnjem razdoblju bio je 0,32 %. Porod je u većini slučajeva dovršen carskim rezom. Carski rez je metoda izbora rađanja u trudnica s placentom previjom. Vaginalni porođaj moguć je jedino ako se radi o marginalnoj placenti previji pod uvjetom da je posteljica lokalizirana na prednjoj stjenci ili se radi o niskom sijelu posteljice.

U istom razdoblju abrupcija placente imala je pojavnost od 0,65 %. Uzevši u obzir rizične čimbenike i kliničku sliku rezultati su pokazali da je perinatalni ishod u prosjeku bolji u trudnoćama s dijagnozom placente previje u usporedbi s trudnoćama s abrupcijom posteljice.

Abrupcija placente i placenta previja su ozbiljna hitna stanja u kojem su ugroženi i roditelja i dijete. Pri sumnji na jednu od ovih dijagnoza, pacijentice treba odmah hospitalizirati i trudnoće dovršiti u centrima koji posjeduju timove stručnjaka (opstetričar, neonatolog, anesteziolog, dobro educirana primalja) i adekvatnu medicinsku opremu.

Posebnu pažnju treba obratiti i pažljivo nadzirati trudnice koje u svojoj anamnezi imaju rizične čimbenike za nastanak jednog od ovih stanja.

10. ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici doc. dr. sc. Vesni Elvedži Gašparović koja je svojim znanjem, stručnim i prijateljskim savjetima oblikovala ideju i pomogla mi u izradi ovoga diplomskog rada.

Želim se zahvaliti svim djelatnicima Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb, koji su mi na bilo koji način pomogli tijekom ovog školovanja.

Posebno se želim zahvaliti svojoj obitelji koja me podupirala u želji ostvarivanja mojih ciljeva.

11. LITERATURA

1. Čuržik D., Rubin M., Stupin M. i Čuržik D.: KRVARENJA U KASNOJ TRUDNOĆI I POROĐAJU, Gynaccol Perinatol 2013;22 (1): 1-4.
2. Dražančić A. i suradnici: PORODNIŠTVO, Školska knjiga, Zagreb, 1999.
3. Đelmiš J. i suradnici: HITNA STANJA U GINEKOLOGIJI, PORODNIŠTVU, NEONATOLOGIJI I ANESTEZIJI, vlastita naklada, Zagreb, 2011.
4. Elvedi-Gašparović V., PRIJEVREMENI POROĐAJ u Fetalna medicina i opstetricija .(Đelmiš J. i Orešković S. i sur.). Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
5. Elvedi-Gašparović V., „TRANSPORT IN UTERO“ u Fetalna medicina i opstetricija .(Đelmiš J. i Orešković S. i sur.). Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
6. Elvedi-Gašparović V, Klepac-Pulanić T, Peter B. Maternal and fetal outcome in elective versus emergency caesarean section in a developing country. Coll Antropol. 2006;30(1):113-8.
7. Elvedi V., Kuvačić I i sur. Obstetric complications as a cause of multiple organ failure. Neurologia Croatica 1996.
8. Grgić G. i suradnici: PLACENTA PREVIA I ISHOD POROĐAJA, Gynaecol Perinatol 2004.;13 (2): 86-88.
9. Ilijić M., Đelmiš J., Ivanišević M. i suradnici: HITNO STANJE – ABRUPCIJA PLACENTE – RIZIČNI ČIMBENICI, MATERNALNI I PERINATALNI ISHOD, XIX perinatalni dani: knjiga predavanja i sažetaka, Zagreb, 2002.
10. Kurjak A., Kuvačić I., Đelmiš J. i suradnici: PORODNIŠTVO, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
11. Pschyrembel W. PRAKTIČKA OPSTETRICIJA, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1975.
12. www.midwifery.org.uk/ PLACENTA PRAEVIA, zadnji pristup 08. 09. 2014.
13. www.americanpregnancy.com, zadnji pristup 1.10.2014.

12. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 11.04.1969. godine u Ivanić-Gradu.

U Zagrebu sam 1988. godine završila srednju medicinsku školu primaljskog smjera.

Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci 2011. godine završila sam Stručni studij primaljstva.

2012. upisala sam Sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Od 1992. godine zaposlena sam u Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb na radnom mjestu primalje u rađaonici.

Od 2012. godine radim na radnom mjesu Glavne sestre Odjela rađaonice Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.