

METODIKA

KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

METODIKOS DALYS

- 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. Simanavičiūtė
R. Tamelienė
A. Vitkauskienė
D. Vėlyvytė
D. Veličkienė
D. Vaitkienė

2014 m. (2019 m. redakcija)

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių ginekologų draugija
Lietuvos akušerių sąjunga

2019 metų redakcija

PARENGĖ

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Bartusevičienė
T. Biržietis
J. Celiešiūtė
M. Francaitė-Daugėlienė
V. Gintautas
K. Jarienė
M. Kliučinskas
D. Laužikienė
G. Naskauskienė
E. Machtejevienė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
M. Minkauskienė
D. Ramašauskaitė
K. Rimaitis
E. Savukynė
M. Šilkūnas
J. Voločovič
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Bartusevičienė
E. Benušienė
G. Domža
G. Drąsutienė
D. Gasiūnaitė
G. Jurkevičienė
M. Kliučinskas
D. Laužikienė
R. Mameniškienė
L. Maleckienė
M. Minkauskienė
V. Mizarienė
R. Nadišauskienė
V. Paliulytė
D. Ramašauskaitė
G. Ramonienė
D. Vaitkienė
R. Vansevičiūtė – Petkevičienė
D. Veličkienė
Ž. Visockienė
J. Voločovič
J. Zakarevičienė
B. Žaliūnas

TURINYS

I. Metodikos aprašas	5
Bendroji dalis.....	7
Priedai.....	20
Literatūros sąrašas.....	27
II. Metodikos procedūrų aprašas	29
III. Metodikos įdiegimo aprašas	31
IV. Metodikos audito aprašas	36
V. Informacija visuomenei	39

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, patologinio placentos prisitvirtinimo, placentos atsokos bei vaisiaus kraujagyslių pirmeigos.

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.

Patologinis placentos prisitvirtinimas pagal tvirtinimosi gylį:

- *placentos priaugimas* – choriono gaurelių tvirtinimasis tiesiogiai prie gimdos raumens sluoksnio;
- *placentos įaugimas* - choriono gaureliai įauga į gimdos raumens sluoksnį, tačiau serozinio sluoksnio nesiekia;
- *placentos peraugimas* - placentos gaureliai perauga gimdos raumens ir serozinį sluoksnį, gali pažeisti gretimus organus (dažniausiai šlapimo pūslę).

Patologinis placentos prisitvirtinimas pagal vietą:

- *visiška placentos pirmeiga* – kai placenta visiškai dengia vidinius gimdos kaklelio žiomenis;
- *dalinė 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 ≤ 20 mm.

Santrumpos

AKS – arterinis kraujo spaudimas

BMR – branduolių magnetinio rezonanso tyrimas

CNS – centrinė nervų sistema
CPO – cezario pjūvio operacija
DIK– diseminuota intravazalinė koaguliacija
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.

- 1.1. Kraujavimo priežastys, susijusios su nėštumu: placentos pirmeiga (su arba be placentos priaugimu, įaugimu, peraugimu), placentos atšoka, žemas placentos prisitvirtinimas (placentos kraštas nutolęs nuo vidinių gimdos kaklelio žiomenų ≤ 20 mm), gimdos plyšimas, vaisiaus kraujagyslių plyšimas (kraujagyslių pirmeigos atveju).
- 1.2. Kraujavimo priežastys, nesusijusios su nėštumu: lytinių organų trauma, gimdos kaklelio vėžys, gimdos kaklelio kraujuojantis polipas ir kt.

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 pirmeigos dažnis artėjant gimdymo terminui yra 1 iš 200 nėštumų. Placentos pirmeiga yra pagrindinis patologinio placentos prisitvirtinimo (placentos priaugimo, įaugimo, peraugimo) rizikos veiksnys. Placentos pirmeigos rizika po 1 CPO padidėja 50 proc.

2.2. Dažniausi placentos pirmeigos rizikos veiksniai

- Randas apatiniame gimdos segmente po buvusių CPO, rizika auga, didėjant CPO skaičiui; [B]
- Nėštumas po pagalbinių apvaisinimo būdų; [B]
- Rūkymas; [B]
- Anksčiau buvusi placentos pirmeiga;
- Buvę daug (≥ 5) nėštumų ir gimdymų;
- Vyresnis nėščiosios amžius (≥ 35 m.);
- Daugiavaisis nėštumas;
- Buvusi gimdos abraziija.

2.3. Dažniausios komplikacijos, susijusios su placentos pirmeiga

- 2.3.1. Placentos pirmeiga ir patologiškai prisitvirtinusi placenta (priaugusi, įaugusi, peraugusi) gali lemti didelį motinos ir naujagimio sergamumą bei mirtingumą.
- 2.3.2. Motinai gresia – gausus kraujavimas, hemoraginis šokas, anemija, pogimdyminis kraujavimas, gimdos pašalinimas, DIK, ilgas gydymas intensyvios terapijos skyriuje ir stacionare, kraujo perpylimo komplikacijos, infekcinės komplikacijos, mirtis.
- 2.3.3. Vaisiui ir naujagimiui – neišnešiotumas, perinatalinė mirtis, anemija (jeigu cezario pjūvio metu vaisius traukiamas per placenta), augimo sulėtėjimas, hipoksija.

2.4. Placentos pirmeigai būdingi klinikiniai požymiai

- 2.4.1. Staiga, be priežasties prasidėjęs kraujavimas iš lyties organų, masyvus kraujavimo rizika auga didėjant nėštumo laikui: 4,7 proc. – 35 nėštumo savaitę, 15 proc. – 36 nėštumo savaitę, 30 proc. – 37 nėštumo savaitę ir 59 proc. – 38 nėštumo savaitę.
- 2.4.2. Palpuojant gimdos tonusas normalus, nėra gimdos skausmingumo.
- 2.4.3. Nėra vaisiaus hipoksijos požymių.
- 2.4.4. Išilginės vaisiaus padėties atveju pirmeigė dalis būna aukštai virš įeigos į mažąjį dubenį.
- 2.4.5. 50 proc. placentos pirmeigos atvejų nustatoma netaisyklinga vaisiaus padėtis.

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

- 2.5.1. Placentos pirmeiga diagnozuojama II-ojo nėštumo trečdalyje ultragarsinės patikros (18 – 20 sav.) metu, kai placenta pilnai dengia vidinius gimdos kaklelio žiomenis arba diagnozuojamas žemas placentos prisitvirtinimas, kai placentos kraštas yra ≤ 20 mm nuo vidinių gimdos kaklelio žiomenų.[D]
- 2.5.2. Ultragarso tyrimo metu rekomenduojama naudoti ertminį (makštinį) ultragarso daviklį, nes tai yra tikslus ir saugus tyrimo metodas diagnozuoti placentos prisitvirtinimo vietą, ypač kai moteris yra nutukusi, placenta užpakalinėje sienoje, yra gimdos miomos.
- 2.5.3. Placentos tvirtinimosi vietą reikia nustatyti ir pažymėti ultragarso tyrimo formoje jau I-ojo nėštumo trečdalyje ultragarsinės patikros metu (11 – 13+6 sav.).
- 2.5.4. 32 nėštumo savaitę diagnozė tikslinama ultragarsiniu tyrimu ir nustatoma tolimesnė nėštumo priežiūros taktika. [D] Placentos „migracija“ retesnė, jei placenta užpakalinėje sienoje ar gimdoje yra randas po buvusio cezario pjūvio. Žr. priedą Nr.1.
- 2.5.5. Kai 32 nėštumo savaitę išlieka placentos pirmeiga arba žemas placentos prisitvirtinimas ir nėra kraujavimo epizodų, ultragarsinis tyrimas ertminiu davikliu atliekamas 36 nėštumo savaitę, kuomet sprendžiama dėl gimdymo taktikos.[D]
- 2.5.6. Atliekant ultragarsinį tyrimą ertminiu davikliu besimptomės placentos pirmeigos atveju, rekomenduojama išmatuoti gimdos kaklelio ilgį, nes sutrumpėjus (≤ 25 mm) gimdos kakleliui iki 34 nėštumo savaitės, didėja priešlaikinio gimdymo ir masyvus kraujavimo rizika skubios cezario pjūvio operacijos metu.[D]

2.5.7. Pagrindinis patologinio placentos prisitvirtinimo rizikos veiksnys yra randas gimdoje po buvusios CPO ir placentos pirmeiga.[B] Didėjant CPO skaičiui, auga rizika placentos priaugimui, įaugimui ar peraugimui:

- Po 1 CPO ir esant placentos pirmeigai rizika – 3 proc.
- Po 2 CPO ir esant placentos pirmeigai rizika – 13,3 proc.
- Po 3 CPO ir esant placentos pirmeigai rizika – 40 proc.
- Po 4 CPO ir esant placentos pirmeigai rizika – 61 proc.

2.5.8. Placentos pirmeiga be rando gimdoje didina placentos patologinio prisitvirtinimo riziką 3,3 – 4 proc.

2.5.9. Kiti rizikos veiksniai – buvęs patologinis placentos prisitvirtinimas, vyresnis moters amžius (virš 35 metų), pastojimas po pagalbinio apvaisinimo (IVF) procedūros, buvusi gimdos abraziija, abliacija, buvęs placentos šalinimas ranka, endometritas po gimdymo, miomos šalinimo operacija, gimdos anomalijos (dviragė gimda, adenomiozė, submukozinės miomos), gemalinės pūslės implantacija CPO rando srityje.

2.5.10. Moterys, kurios kategoriškai reikalauja atlikti planinę CPO nesant akušerinių indikacijų, turi būti informuojamos apie patologinio placentos tvirtinimosi riziką kitų nėštumų metu ir galimas komplikacijas.

2.5.11. Patologinio placentos prisitvirtinimo prenatalinė diagnostika sumažina motinos sergamumą ir mirštamumą.[D] Prenatalinė diagnostika remiasi rizikos veiksnių įvertinimu, ultragarsine diagnostika, BMR tyrimu. Po gimdymo - histologinis placentos ištyrimas.

2.5.12. Ultragarsinis tyrimas yra pirmo pasirinkimo tyrimas, diagnozuoti patologinį placentos prisitvirtinimą.

2.5.13. Pacientės turinčios randą gimdoje po CPO dėl didelės rizikos patologiniam placentos prisitvirtinimui, turėtų būti tiriamos ultragarsu jau I-ame nėštumo trečdalyje.

2.5.14. Atliekant ultragarsinę patikrą II-ame nėštumo trečdalyje, atkreipti dėmesį į placentos vietą, jei ji prisitvirtinusi gimdos apatiniame segmente, stebėti dėl patologinio placentos prisitvirtinimo ultragarsinių požymių.[D]

2.5.15. Patologinio placentos prisitvirtinimo ultragarsiniai požymiai gali būti aprašomi pagal standartizuotą tyrimo protokolą (priedas Nr. 2). Klinikiniai patologinio placentos prisitvirtinimo požymiai pateikiami priede Nr. 3.

2.5.16. Ultragarsinių patologinio placentos tvirtinimosi požymių įvertinimas labai priklauso nuo tyrėjo patirties ir interpretacijos, ką tas požymis reiškia. Įtarus patologinį placentos prisitvirtinimą, rekomenduojama pacientę siųsti į aukštesnio lygio stacionarą ištyrimui.[B]

2.5.17. BMR tyrimas yra naudingas esant placentos peraugimui į gretimus organus ar vertinant sritis, kurias sunku nustatyti ultragarsinio tyrimo metu.

2.5.18. Ultragarsiniai patologinio placentos prisitvirtinimo požymiai yra šie:

- Išnykusi “skaidrioji zona” - *pranykęs ar nevientisas ultragarsui pralaidus tarpas tarp placentos ir gimdos sienos.*
- Pakitusios placentos lakūnos - *dauginės, nevienodo dydžio ir formos, dažnai su sūkurine kraujotaka placentos lakūnos.*

- Gimdos raumens storis - *gimdos raumens storis placentinės aikštelės vietoje <1mm ar visai neišmatuojamas.*
- Šlapimo pūslės sienos netolygumai - *dingęs ar netolygus užpakalinės šlapimo pūslės sienos echogeniškumas (ryškios "linijos" tarp gimdos serozinio sluoksnio ir šlapimo pūslės vidinio paviršiaus nebuvimas).*
- Placenta išsigaubusi į gretimus organus - *gimdos serozinis sluoksnis išsigaubęs į gretimus organus (serozinis sluoksnis lieka nepažeistas, tačiau iškreiptas).*
- Placentos audinio išaugos už gimdos ribų - *placentos audinys peraugęs serozinį gimdos sluoksnį, dažniausiai matoma, kai šlapimo pūslė pilna.*
- Gimdos-šlapimo pūslės tarpo kraujagyslių tinklas - *žymiai suintensyvėjusi kraujotaka tarp gimdos ir šlapimo pūslės užpakalinės sienos (dauginės, vingiuotos kraujagyslės su daugiakrypte kraujotaka).*
- Paryškėjusi placentos aikštelės kraujotaka - *daug doplerio signalo atspindžių placentinėje aikštelėje.*
- Peraugančios kraujagyslės - *placentos kraujagyslės kerta gimdos raumenį, serozinį sluoksnį ir perauga į šlapimo pūslę.*
- Placentos lakūnas maitinančios kraujagyslės - *kraujagyslės, išeinančios iš gimdos raumeninio sluoksnio, įeinančios į placentos lakūnas (su sūkurine kraujotaka).*

2.5.19. Nėščiajai rekomenduojama vengti lytinių santykių pro makštį, kelionių, obstipacijų, sumažinti fizinį aktyvumą, o prasidėjus kraujavimui, sąrėmiams ar atsiradus maudžiančiam pilvo skausmui skubiai vykti į artimiausią akušerijos stacionarą.

2.5.20. Moterims su placentos pirmeiga nėštumo metu rekomenduojama laiku tirti ir gydyti mažakraujystę, nes CPO metu dėl placentos pirmeigos, rizika kraujo perpylimui yra 12 kartų didesnė, negu kai CPO atliekama dėl kitų akušerinių indikacijų.[D]

2.5.21. Placentos pirmeigos atveju be įtariamo placentos patologinio prisitvirtinimo gimdymas planuojamas IIB ar III lygio paslaugas teikiančioje įstaigoje. Jeigu įtariama, kad gali būti patologinis placentos prisitvirtinimas, pacientė gimdyti turi būti siunčiama į III lygio paslaugas teikiančią įstaigą, kur skubiai prieinama multidisciplininė komanda, kraujo perpylimo centras, intervencinė radiologinė pagalba, suaugusiųjų ir naujagimių intensyvioji terapijos skyriai.

2.5.22. Planinis cezario pjūvis placentos pirmeigos atvejais atliekamas 36⁺⁰–39⁺⁰ nėštumo savaitę [B], individualiai parenkant nėštumo savaitę pagal motinos ir vaisiaus būklę. Placentos pirmeigos ar žemo placentos prisitvirtinimo atveju reikia būti pasiruošus galimam masyviam kraujavimui ir gimdos šalinimo operacijai.[D]

2.5.23. Jeigu įtariama, kad yra placentos pirmeigės įaugimas, cezario pjūvis gali būti planuojamas 35⁺⁰–37⁺⁰ nėštumo savaitę, jeigu nėra priešlaikinio gimdymo rizikos veiksnių.

2.5.24. Operacijos metu turi dalyvauti patyręs gydytojas akušeris ginekologas, patyręs gydytojas anesteziologas dėl galimo masyvaus kraujavimo ir gimdos šalinimo operacijos tikimybės.

2.5.25. Placentos pirmeigos atveju rekomenduojamas regioninis nuskausminimo būdas, nes yra saugus ir sukeliantis mažesnę kraujavimo pavojų negu bendrinė nejautra.

Planuojant operaciją reikia perspėti pacientę, kad operacijos metu gali reikėti pereiti į bendrinį nuskausminimą .[D]

2.6. Kraujavimo dėl placentos pirmeigos diagnostika, nėštumo priežiūra ir gimdymo taktika

2.6.1. Skubiai atliekamas ultragarsinis tyrimas ir patikslinama placentos implantacijos vieta. Placentos pirmeigos 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 ir yra kraujo krešulių.

2.6.2. Jei nėščioji **gausiai kraujuoja** dėl placentos pirmeigos:

- Įvertinamos ir stebimos moters gyvybinės funkcijos (ŠSD, AKS, sąmonės būklė, kvėpavimo dažnis, diurezė, arterinio kraujo įsotinimas deguonimi);
- Įvertinama vaisiaus būklė (KTG);
- Informuojama anesteziologų komanda, operacinės personalas.
- Atliekami laboratoriniai tyrimai (bendras kraujo tyrimas, kraujo grupės ir Rh (D) nustatymas, kraujo krešumo rodiklių tyrimai, biocheminis kraujo tyrimas);
- Informuojamas kraujo centras ir aptariama galimybė gauti reikiamą kiekį tapačios eritrocitų masės, šviežiai šaldytos plazmos, trombocitų masės, krioprecipitato.
- Sutapatinama 2 – 4 vnt. eritrocitų masės.
- Atsižvelgus į klinikinę situaciją, koreguojama hipovolemija, mažakraujystė ir kraujo krešėjimo sutrikimai:
- tiekiamas deguonis per kaukę 10 – 15 l/min. greičiu;
- kateterizuojamos 2 periferinės venos (14 – 16 G kateteriais) ir pradama intraveninė šiltų kristaloidų tirpalų infuzija;
- įkišamas 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, traneksaminė rūgštis 1 g per 10 – 20 min. į/v, po 30 min. galima kartoti 1 g dozę). Nėštumo metu traneksaminė rūgštis skiriama individualiai įvertinus naudos ir galimos žalos riziką.

2.6.3. Jeigu kraujavimas **gausus** (>500 ml) ir kelia pavojų motinos gyvybei, neatsižvelgiant į nėštumo dydį, skubiai atliekama cezario pjūvio operacija [B]. Prieš operaciją rekomenduojama aptarti ir paimti sutikimą CPO, gimdos šalinimo operacijai ir kraujo perpylimui.

2.6.4. Jei kraujavimas **negausus ar vidutinis**, įvertinus klinikinę situaciją (kraujavimo pobūdį, placentos pirmeigos tipą, moters ir vaisiaus būklę, nėštumo dydį):

2.6.4.1. iki 36⁺⁰ savaičių nėštumas tęsiamas ar atliekama cezario pjūvio operacija;

- 2.6.4.2. po 36⁺⁰ nėštumo savaitės atliekama cezario pjūvio operacija arba pasirenkamas gimdymas natūraliu būdu.
- 2.6.5. 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].
- 2.6.6. Jeigu nutariama tęsti nėštumą, rekomenduojamos šios priemonės:
- 2.6.6.1. Tausojantis režimas;
 - 2.6.6.2. Gliukokortikoidai vaisiaus plaučiams brandinti (žr. Metodiką „Priešlaikinis gimdymas”);
 - 2.6.6.3. Tokolizė (sprendžiama individualiai) – kuomet yra simptominė placentos pirmėiga, tokolizė gali būti skiriama 48 val. kol bus subrandinti vaisiaus plaučiai;
 - 2.6.6.4. Jei Rh (D) neigiamas, izoimunizacijos profilaktikai suleidžiama anti-D imunoglobulino [B];
 - 2.6.6.5. Jei kraujavimas buvo negausus ir 48 val. laikotarpiu nepasikartojė, nėščiąją galima išrašyti iš stacionaro ambulatorinei priežiūrai, jeigu yra galima saugi ir skubi hospitalizacija, pasikartojus kraujavimui ar prasidėjus gimdos susitraukimams.
- 2.6.7. Techniniai cezario pjūvio operacijos aspektai.
- 2.6.7.1. Pjūvis gimdoje (skersinis ar klasikinis–vertikalus) pasirenkamas atsižvelgiant į akušerinę situaciją. Vertikalus pjūvis odoje ir gimdoje rekomenduojamas, kai vaisius yra skersinėje padėtyje ir nėštumas mažiau 28 sav. Dažniausiai atliekamas skersinis pjūvis apatiniame gimdos segmente.
 - 2.6.7.2. Rekomenduojamas priešoperacinis ir/ar operacinis ultragarsinis tyrimas, kuo tiksliau nustatyti placentos vietą ir optimaliai pasirinkti gimdos pjūvio vietą, išvengiant placentos pažeidimo.[D]
 - 2.6.7.3. Jeigu operacijos metu prapjaunama placenta, išvedus vaisių kuo greičiau atjungti nuo virkštelės, kad išvengtų vaisiaus nukraujavimo ir mažakraujystės.[D]
 - 2.6.7.4. Jei operacijos metu prasideda gausus kraujavimas, kurio nepavyksta sustabdyti medikamentais, reikia naudoti gimdos tamponadą ar kitus chirurginius kraujavimo stabdymo metodus. Esant galimybei kviesti intervencinius radiologus.[C]
 - 2.6.7.5. Jei nepadeda konservatyvios ir chirurginės kraujavimo stabdymo priemonės - nedelsti ir atlikti gimdos šalinimo operaciją.[D]
- 2.6.8. Įtarus, kad yra pataloginis placentos prisitvirtinimas (įaugimas, priaugimas ar peraugimas):
- 2.6.8.1. Planinė operacija, kurioje dalyvauja patyręs akušeris ginekologas, anesteziologas reanimatologas, neonatologas, prireikus – transfuziologas, intervencinės radiologijos gydytojas, urologas ir kt. specialistai, yra saugesnė. [D]

- 2.6.8.2. Operacijos metu stengiamasi vaisių ištraukti per pjūvį, nesiekiantį placentos krašto. Pjūvį atliekant per placenta, didėja nukraujavimo ir gimdos pašalinimo operacijos rizika.
- 2.6.8.3. Bandytas atskirti įaugusią placenta gali sukelti gausų kraujavimą, todėl nepavykus jos atskirti, placenta gali būti palikta vietoje arba atliekama gimdos pašalinimo operacija.
- 2.6.8.4. Atsiskyrus normaliai prisitvirtinusios placentos daliai, atsiskyrusi dalis pašalinama, o priaugusios dalys gali būti paliktos, bet kraujavimas tokiu atveju bus gausesnis. Kraujavimas stabdomas pagalbinais būdais (tamponavimas balionu, *B-Lynch* siūlė, modifikuotos kompresinės siūlės, gimdą sutraukiantys medikamentai ir kitos nechirurginės ir chirurginės priemonės, aprašytos kraujavimo po gimdymo metodikoje).
- 2.6.8.5. Palikus įaugusią placenta gimdoje (laukimo taktika) yra didelis infekcijos ir kraujavimo po gimdymo pavojus.[D] Profilaktiškai skiriama vartoti antibiotikų, kiekvieną savaitę tiriama ultragarsu ir sekamas HCG kiekis.
- 2.6.8.6. Gydytas metotreksatu pasirinkus laukimo taktiką nėra rekomenduojamas, kol neįrodyta nauda ir žalos rizika. [C] Ureterinių stentų įvedimas naudojamas, kai įtariamas šlapimo pūslės peraugimas.[C]
- 2.6.8.7. Intervencinės radiologinės pagalbos efektyvumas ir saugumas dar nėra įrodytas, todėl dėl jos taikymo kiekvienu atveju svarstoma individualiai.[D]
- 2.6.8.8. Jei planinės CPO metu atvėrus pilvo ertmę, nustatoma iki tol nediagnozuotas patologinis placentos prisitvirtinimas, o moters ir vaisiaus būklės yra stabilios, esant galimybei, rekomenduojama operaciją atidėti, moterį pervežti į III lygio stacionarą.
- 2.6.8.9. Jei išvedus vaisių nustatoma, kad yra patologinis placentos prisitvirtinimas, rekomenduojama placentos nešalinti arba iš karto atlikti gimdos pašalinimo operaciją.[D]

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.

3.2. 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.

- 3.3.** 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 ar nutekėjus gausiems vaisiaus vandenims).
- 3.4.** 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.
- 3.5.** 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, ilgas gydymas stacionare, psichologinės problemos, kraujo perpylimo komplikacijos, mirtis. Placentos atšokos komplikacijos vaisiui ir naujagimiui: perinatalinė žūtis, neišnešiotumas, augimo sulėtėjimas, hipoksiniai CNS pažeidimai.

3.6. Klasifikacija

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

3.7. Diagnostika

3.7.1. Diagnozuojama remiantis klinikiniais požymiais:

- 3.7.1.1. Kraujavimas pro makštį (apie 80 proc. atvejų) ar „slaptasis“ kraujavimas (retroplacentinė hematoma);
- 3.7.1.2. Pilvo ar kryžmens srities skausmas;
- 3.7.1.3. Gimdos skausmingumas;
- 3.7.1.4. Dažni gimdos susitraukimai;
- 3.7.1.5. Tarp sąrėmių padidėjęs gimdos tonusas;
- 3.7.1.6. Vaisiaus hipoksijos požymiai;
- 3.7.1.7. Hipovoleminio šoko simptomai;
- 3.7.1.8. Kraujo krešėjimo sutrikimai.

3.7.2. Ultragarsinis tyrimas

- 3.7.2.1. Tikslumas ir specifiškumas diagnozuojant placentos atšoką yra mažas, bet padeda atskirti ją nuo placentos pimeigos [C].
- 3.7.2.2. Ultragarsiniai placentos atšokos diagnostikos kriterijai:
 - 3.7.2.2.1. „šviežia“ retroplacentinė hematoma (hiperechogeninis ar izoechogeninis (palyginti su placenta) darinys tarp placentos ir gimdos sienos);
 - 3.7.2.2.2. sustorėjusi heterogeniška drebučių pavidalo placenta (dreba judant vaisiui);
 - 3.7.2.2.3. preplacentinė (skysčio sankaupos tarp placentos ir vaisiaus vandenių), kraštinė ar subchorioninė hematoma (skysčio sankaupos ne placentos prisitvirtinimo vietoje);
 - 3.7.2.2.4. intraamnioninė hematoma (echogeninės nuosėdos vaisiaus vandenyse).

3.7.3. Placentą rekomenduojama ištirti histologiškai.

3.8. Eigos vertinimas ir gydymo taktika

3.8.1. 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.

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

3.8.2.1. Moters gyvybinių funkcijų vertinimas ir stebėjimas (AKS, ŠSD, kvėpavimo dažnis, sąmonės būklė, diurezė, arterinio kraujo išotinis deguonimi).

3.8.2.2. Vaisiaus būklės ir gimdos tonuso stebėseną (nuolatinė kardiokograma).

3.8.2.3. Informuojama anesteziologų komanda, operacinės personalas.

3.8.2.4. Atliekami laboratoriniai tyrimai (bendras kraujo tyrimas, krešumo tyrimai, biocheminis kraujo tyrimas, kraujo grupės ir Rh (D) nustatymas).

3.8.2.5. Sutapatinami ir rezervuojami 2 – 4 vnt. eritrocitų masės.

3.8.2.6. 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;
- įvedamas nuolatinis kateteris į šlapimo pūslę;
- hipovolemijos koregavimas šiltais kristaloidų tirpalais;
- 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;
 - trombocitų masė (jei trombocitų skaičius $<50 \times 10^9/l$);
 - krioprecipitatas (jei fibrinogeno koncentracija $<2 \text{ g/l}$)
- traneksaminė rūgštis (100 mg/ml – 10 ml per 10-20 min. į/v, po 30 min., tęsiantis kraujavimui galima kartoti 1 gr. dozę).

3.8.2.7. Informuojamas kraujo centras ir aptariama galimybė gauti reikiamą kiekį tapačios eritrocitų masės ir kitų kraujo komponentų.

3.8.2.8. Skubiai apsvarstomas nėštumo užbaigimo būdas.

3.8.2.9. Aktyvi placentinio laikotarpio priežiūra [A].

3.8.3. **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.

3.8.4. 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.

3.8.5. Cezario pjūvio operaciją rekomenduojama atlikti, jei:

- Kraujavimas yra gausus;
- Yra vaisiaus hipoksijos požymių;
- Nepavyko sužadinti gimdymo.
- Išsamios informacijos apie nukraujavimo korekciją pateikta metodikoje „Kraujavimas po gimdymo“.

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

3.9.1. Tokiu atveju:

- Atliekamas bendrasis 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.

3.9.2. Nurimus kraujavimui ir išnykus kitiems klinikiniais simptomams, esant gerai vaisiaus būklei po 48 val. galima nėščiąją išrašyti iš stacionaro.

3.9.3. Toliau nėštumą prižiūri akušeris ginekologas.

3.9.4. Vaisiaus būklė stebima ir atliekami reguliarūs ultragarsiniai tyrimai: pasikartojantis negausus kraujavimas dėl lėtinės placentos atšokos gali sukelti oligohidramnioną, vaisiaus augimo sulėtėjimą.

3.9.5. 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.

3.10. Nėščiosios priežiūra kito nėštumo metu, įvykus placentos atšokai

3.10.1. Placentos atšokos pasikartojimo rizika yra didelė (iki 15 proc.), ypač jei ji sukėlė vaisiaus žūtį.

3.10.2. Po gimdymo rekomenduojama ištirti ar moteriai nėra trombofilijos.

3.10.3. Dėl didesnės preeklampsijos, vaisiaus augimo sulėtėjimo rizikos patariama atlikti papildomus ultragarsinius tyrimus.

3.10.4. Metimas rūkyti.

3.10.5. 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.

4.2. Rizikos veiksniai

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

4.3. Kraujagyslių pirmėiga 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.

4.4. Klinika

4.4.1. Nėštumo metu klinikinė diagnostika neįmanoma.

4.4.2. Būdingas kraujavimas iš makšties, prasidėjęs po vaisiaus vandenų nutekėjimo ar amniotomijos; kartais pirmėigės kraujagyslės įplyšta savaime ar prasidėjus sąrėmiams.

4.4.3. Jei kraujagyslės spaudžiamos sąrėmių metu ar joms plyšus nukraujuoja vaisius, KTG matomas sinusoidinis ritmas, bradikardija, deceleracijos.

4.5. Diagnostika ir klinikinė taktika nėštumo metu

4.5.1. Antenatalinė diagnostika, jei nėra kraujavimo, yra sudėtinga.

4.5.2. Jei kraujagyslių pirmėigą pavyksta diagnozuoti antenataliniu laikotarpiu, labai padidėja naujagimių išgyvenamumas (nuo 44 proc. iki 97 proc.), sumažėja naujagimio komplikacijų rizika.

4.5.3. Antrojo nėštumo trečdalyje ultragarsinės patikros metu, jei yra minėtų rizikos veiksnių, svarbu patikslinti, ar nėra kraujagyslių vaisiaus dangaluose su kraujo tėkme ties vidinėmis gimdos kaklelio žiotimis [B]. Ultragarsu tiriant pro makštį, pirmėiges kraujagysles stengiamasi atskirti nuo virkštelės kilpos ties gimdos kaklelio žiotimis (nesikeičia moters judesių metu) ar gimdos kraujagyslių veninių rezginių (dopleriu neregistruojama būdinga virkštelės kraujotaka).

4.5.4. 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].

4.5.5. 15 proc. kraujagyslių pirmėiga gali regresuoti ilgėjant nėštumui, todėl diagnozę nustatčius antrame nėštumo trečdalyje, ultragarsinis tyrimas kartojamas trečiajame trečdalyje.

4.5.6. 28 – 32 savaitę patvirtinus diagnozę, nėščioji guldoma į ligoninę iš karto ar stacionarizavimas atidedamas kelioms savaitėms, atsižvelgus į klinikinę situaciją ir ultragarsiniu tyrimu išmatuoto gimdos kaklelio ilgį [B].

4.5.7. Nuo 28 – 30 savaitės reguliariai atliekamas nestresinis testas, sprendžiama dėl gliukokortikoidų skyrimo.

4.5.8. Gimdymas numatomas tretinio lygio akušerijos paslaugas teikiančiame stacionare, kur yra naujagimių intensyviosios terapijos ir skubaus kraujo perpylimo galimybės [A].

4.5.9. Atliekama planinė cezario pjūvio operacija 34 – 37 sav. (IB), jos laikas parenkamas atsižvelgiant į klinikinę situaciją.

4.6. Diagnostika ir klinikinė taktika gimdymo metu

- 4.6.1. Dažniausiai nutekėjus vaisiaus vandenims ar amniotomijos metu prasideda kraujavimas iš makšties.
- 4.6.2. Retai gimdymo metu atliekant tyrimą pro makštį veriantis gimdos kakleliui gali būti čiuopiamos vaisiaus kraujagyslės dangaluose ar matomos tiriant amnioskopu.
- 4.6.3. 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. Priedai

1 priedas. Patologinio placentos prisitvirtinimo ultragarsinė ir nėštumo priežiūros taktika

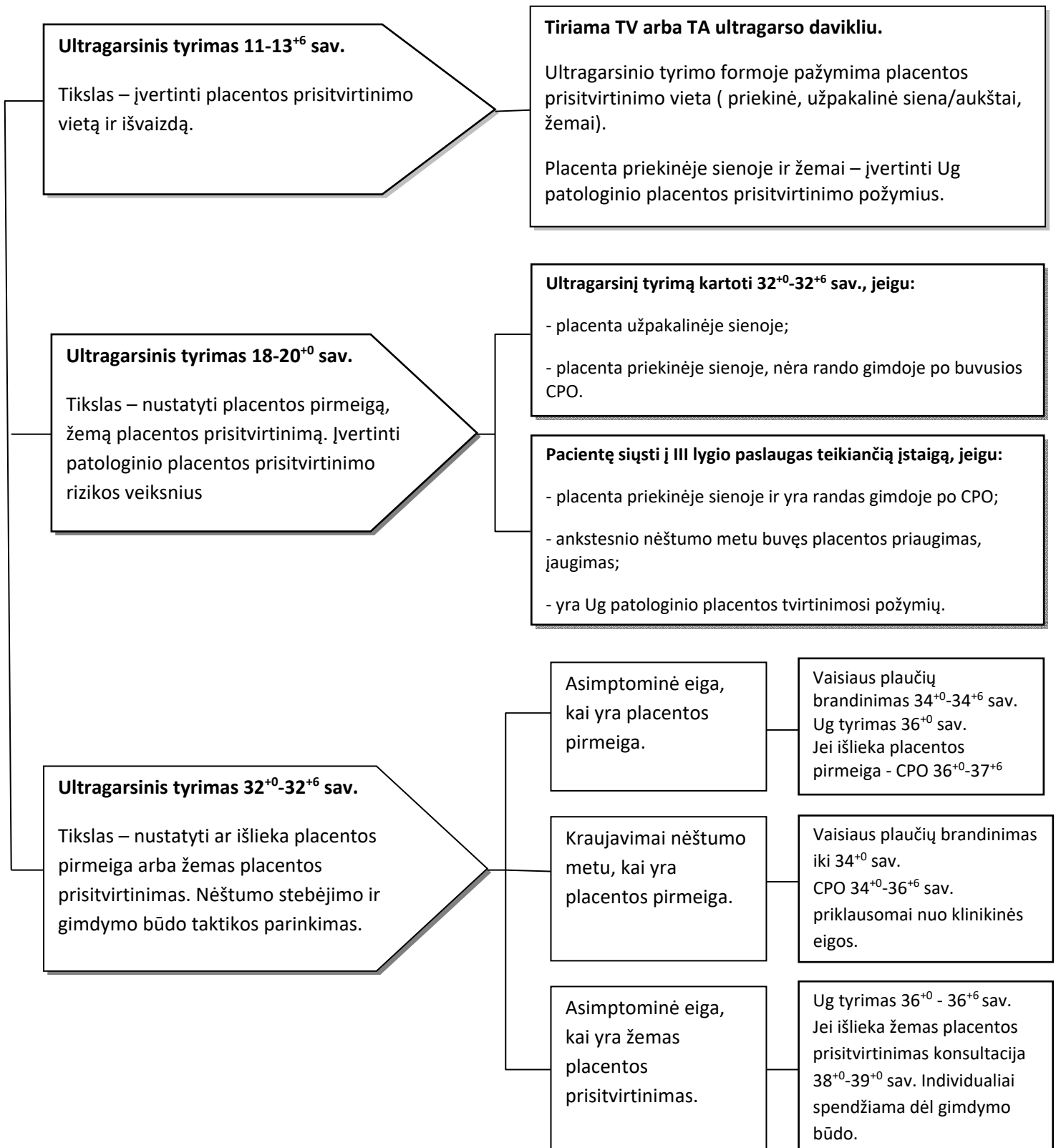
2 priedas. Patologinio placentos prisitvirtinimo ultragarsinio tyrimo forma (pildoma)

3 priedas. Klinikinis placentos priaugimo, įaugimo, peraugimo skirstymas pagal stadijas gimdymo/CPO metu

4 priedas. Gausaus/ masyvaus kraujavimo nėštumo metu kontrolinis lapas

Prieduose pateikiami aprašai, kontroliniai lapai ar pacientės informuoti sutikimai yra rekomendacinio pobūdžio. Kiekviena ASPĮ turi teisę savarankiškai pasirinkti, kuriuos dokumentus ar pagal juos paruoštas formas naudoti.

1 priedas. Patologinio placentos prisitvirtinimo ultragarsinė ir nėštumo priežiūros taktika



Ug- ultragarsinis tyrimas, TA-Ug tyrimas atliekamas per pilvo sieną, TV- Ug tyrimas pro makštį, CPO – cezario pjūvio operacija.

2 priedas. Patologinio placentos prisitvirtinimo ultragarsinio tyrimo forma (pildoma)

DEMOGRAFINIAI DUOMENYS IR RIZIKOS VEIKSNIAI:

Tyrimo data ____/____/____

Nėštumo dydis: ____sav. ____d.

Kelintas nėštumas Pastojo: natūraliai IVF

Buvusių CPO skaičius Klasikinės CPO Buvę gimdos abrazijos, įskaitant n/n

Anksčiau buvę placentos priaugimas/įaugimas/peraugimas

Buvo įtartas nėštumas gimdos rande?

Buvę miomektomijos/endometriumo abliacijos

PLACENTOS PIRMEIGA:

Priekinėje sienoje: kraštas ≤ 2 cm nuo vidinių žiomenų dengia vidinius žiomenis

Užpakalinėje sienoje: kraštas ≤ 2 cm nuo vidinių žiomenų dengia vidinius žiomenis

ULTRAGARSINIAI POŽYMIAI

Gimdos kaklelio ilgis	mm		
	Taip	Ne	Neaišku
Pilkos skalės UG požymiai			
Išnykusi "skaidrioji zona" <i>Pranykęs ar nevientisas ultragarsui pralaidus tarpas tarp placentos ir gimdos sienos</i>			
Gimdos raumens storis <i>Gimdos raumens storis už placentos < 1mm ar visai nematomas</i>			
Pakitusių placentos lakūnos <i>Dauginės, nevienodo dydžio ir formos, dažnai su sūkurine kraujotaka placentos lakūnos</i>			
Šlapimo pūslės sienos netolygumai <i>Dingęs ar netolygus užpakalinės šlapimo pūslės sienos echogeniškumas (ryškios "linijos" tarp gimdos serozinio sluoksnio ir šlapimo pūslės vidinio paviršiaus nebuvimas)</i>			
Placenta išsigaubusi į gretimus organus <i>Gimdos serozinis sluoksnis išsigaubęs į gretimus organus (serozinis sluoksnis lieka nepažeistas, tačiau iškreiptas)</i>			
Placentos audinio išaugos už gimdos ribų <i>Placentos audinys peraugęs serozinį gimdos sluoksnį, dažniausiai matoma, kai šlapimo pūslė pilna</i>			
Spalvoto doplerio UG požymiai			
Gimdos-šlapimo pūslės tarpo kraujagyslių tinklas <i>Labai suintensyvėjusi kraujotaka tarp gimdos ir šlapimo pūslės užpakalinės sienos. (dauginės, vingiuotos kraujagyslės su daugiakrypte kraujotaka)</i>			
Paryškėjusi placentos aikštelės kraujotaka <i>Daug doplerio signalo atspindžių placentinėje aikštelėje</i>			
Peraugančios kraujagyslės <i>Placentos kraujagyslės kerta gimdos raumenį, serozinį sluoksnį ir perauga į šlapimo pūslę</i>			
Placentos lakūnas maitinančios kraujagyslės <i>Kraujagyslės, išeinančios iš gimdos raumeninio sluoksnio, įeinančios į placentos lakūnas (su sūkurine kraujotaka)</i>			
Priegimdžių pažeidimas	Taip	Ne	Neaišku
Yra požymių, kad pažeisti priegimdžiai			

KLINIKINIS UG TYRIMO ĮVERTINIMAS:

Patologinio placentos prisitvirtinimo tikimybė: Didelė

Vidutinė

Maža

Įtariamas patologinės placentos plotas: Židininis

Difuzinis

Tyrėjo vardas, pavardė _____

Parašas _____

3 priedas. Klinikinis placentos priaugimo, įaugimo, peraugimo skirstymas pagal stadijas gimdymo/CPO metu

Stadija	Apibrėžimas
1	Gimdant natūraliais takais ar cezario pjūvio operacijos metu: pilnas placentos atsidalinimas trečiuoju gimdymo laikotarpiu. Normaliai prisitvirtinusi placenta.
2	Gimdymas natūraliais gimdymo takais: placentos audinio likučių atidalinimas ranka. CPO/Laparatomija: nėra placentos audinių invazijos į gimdos audinius. Nepilnas placentos atsiskyrimas su gimdą sutraukiančiais vaistais ir kontroliuojamu virkštelės traukimu. Placentos audinio likučių atidalinimas ranka.
3	Makštinis gimdymas: reikalingas visos placentos atidalinimas ranka. CPO/Laparatomija: nėra placentos audinių invazijos į gimdos audinius. Placenta neatsidalina su gimdą sutraukiančiais vaistais, kontroliuojamu virkštelės traukimu, reikalinga placentos atidalinimas ranka per visą placentinę aikštelę.
4	CPO/Laparatomija: placentos audiniai įaugę iki gimdos serozinio sluoksnio, bet matoma aiški riba tarp gimdos ir šlapimo pūslės sienelės, šlapimo pūslė per operaciją nepažeidžiama.
5	CPO/Laparatomija: placentos audiniai peraugę gimdos serozinį sluoksnį ir perauga į šlapimo pūslę. Nėra aiškios ribos tarp gimdos sienos ir šlapimo pūslės užpakalinės sienelės. Reikalinga šlapimo pūslės chirurginis pažeidimas operacijos metu.
6	CPO/Laparatomija :placentos audiniai peraugę gimdos serozinį sluoksnį ir perauga į parametrą ar kitus organus. Peraugimas į šlapimo pūslę nebūtinus.

4 priedas. 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 atšoka, 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**

3. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Ruiters L, Eschbach SJ, Burgers M, et al. Predictors for Emergency Cesarean Delivery in Women with Placenta Previa. *Am J Perinatol* 2016; 33:1407.
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. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218:B2.
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. Oyelese 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].
22. Pacheco LD, Hankins GDV, Saad AF, et al. Tranexamic Acid for the Management of Obstetric Hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2017; 130:765.
- WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2017.
23. Robert M. Silver. Placenta accreta Syndrome . 2017 by Taylor&Francis Group,LLC.
24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No.27a. September 2018.
25. Eric Jauniaux, Amar Bhide, Anne Kennedy, Paula Woodward, Sally Collins for the FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel.FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders:Prenatal diagnosis and screening. FIGO Guidelines 2018.

METODIKA
KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU

II. METODIKOS PROCEDŪRŲ APRAŠAS

Metodikos procedūrų aprašas šiai metodikai netaikomas

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“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 27 d. įsakymo Nr. V-865 redakcija).

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 schemos hemoraginio šoko atvejais;
- Elektrokardiografas ir defibriliatorius.

1.6. Gimdymo palatoje:

- Ultragarstinės diagnostikos aparatas (su makštiniu 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 šviestuvas;
- 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 vadovujančių asmenų ir personalo (akušerių ginekologų, anesteziologų reanimatologų, 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 reanimatologų, 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.

METODIKA
KRAUJAVIMAS NĖŠTUMO METU

IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS

Įdiegtos metodikos efekto ligoninėje audito aprašas

Žemiau apraše pateikta informacija ir auditavimo instrumentai yra rekomendacinio pobūdžio, sveikatos priežiūros įstaiga pati nustato metodikos auditavimo dažnį, audito kriterijus ir priemones.

1. Audito priemonės

1.1. Nėštumo ir 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.

3. 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 pirmėigos ir placentos atšokos istorijų analizę ir pažymi:

Koks netekto kraujo kiekis?

Kokia kraujavimo nėštumo 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?

4.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 nėštumo metu atvejis, kai neteko ≥ 1500 ml kraujo
2.	Atlikta EM transfuzija
3.	Atliktas gimdos pašalinimas dėl kraujavimo nėštumo metu

5. 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 placentą 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 (tiriami 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 staigaus 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 itin svarbus gelbstint motinos gyvybę. Jūs turite kuo anksčiau informuoti savo gydytoją ir akušerį, jei kraujo perpylimas

yra nepriimtinas. Jeigu Jums nustatyta placentos pirmeiga, bet nėštumo metu nekraujuojate, Jums gali būti pasiūlyta planinė cezario pjūvio operacija. Jeigu yra komplikacijų rizika, Jums gali tekti vykdyti 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^{+0} – 36^{+0} nėštumo savaitę placentos kraštas yra mažiau nei 2 cm nuo gimdos kaklelio vidinių žiomenų, Jums gali prireikti cezario pjūvio operacijos. Gimdymo datą skirs konsultuojantis akušeris ginekologas ir anesteziologas. Planinė cezario pjūvio operacija dažniausiai atliekama sėjus 38 – 39 nėštumo savaitėms. 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, suėjus 36^{+0} – 37^{+0} nėštumo savaitėms perinatologijos centre.

Kas yra placentos atšoka?

Placentos atšoka yra reta, kraujavimą antroje nėštumo pusėje ir gimdymo metu sukianti 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.