

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas

▲

▼

**STUDENTŲ
MOKSLINĖS VEIKLOS
LXXV
KONFERENCIJA**

▲

▲

Vilnius, 2023 m. gegužės 15–19 d.
PRANEŠIMŲ TEZĖS

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė
dr. Simona KILDIENĖ*

Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė
Doc. dr. Agnė Kirkliauskienė
Prof. dr. Vaiva Hendrixson
Doc. dr. Jurgita Stasiūnienė
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė
Prof. dr. Eglė Preikšaitienė
Dr. Diana Bužinskienė
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius
Doc. dr. Saulius Galgauskas
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas
Doc. dr. Valdemaras Jotautas
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas

Dr. Ieva Stundienė
Prof. dr. Marius Miglinas
Doc. dr. Birutė Zablockienė
Inga Kisielienė
Prof. dr. Violeta Kvedarienė
Dr. Žymantas Jagelavičius
Prof. dr. (HP) Edvardas Danila
Doc. dr. Kristina Ryliškienė
Dr. Gunaras Terbetas
Prof. dr. Alvydas Navickas
Doc. dr. Rima Viliūnienė
Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis
Doc. dr. Vytautas Tutkus
Dr. Danutė Povilėnaitė
Doc. dr. Sigita Burokienė
Dr. Agnė Abraitienė
Prof. dr. Pranas Šerpytis
Prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius
Prof. dr. Vilma Brukienė
Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Doc. dr. Marija Jakubauskienė

Organizacinis komitetas:

Martyna Sveikataitė
Rafal Sinkevič
Gintarė Zarembaitė
Alicija Krasavceva
Karina Mickevičiūtė
Jogailė Gudaitė
Emilis Gegeckas
Auksė Ramaškevičiūtė
Tautvydas Petkus
Kristina Marcinkevičiūtė
Melita Virpšaitė

Gabrielė Lissauskaitė
Rosita Reivytytė
Kamilė Čeponytė
Šarūnas Raudonis
Monika Rimdeikaitė
Inga Česnavičiūtė
Tadas Abartis
Rūta Bleifertaitė
Kristijonas Puteikis
Saulius Ročka
Paulius Montvila

Agnė Timofejevaitė
Augustė Lapinskaitė
Emilis Šostak
Gratas Šepetyš
Gediminas Gumbis
Erika Ališauskienė
Indrė Urbaitė
Miglė Vilniškytė
Urtė Smailytė
Gabriela Šimkonytė
Julija Bitautaitė

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2023

© Vilniaus universitetas, 2023

GYVYBEI PAVOJINGI KRAUJAVIMAI NĖŠTUMO METU

Darbo autorė. Ugnė ŠLEIVYTĖ (III kursas).

Darbo vadovė. Asist. dr. Virginija PALIULYTĖ, VU MF Klinikinės medicinos instituto Akušerijos ir ginekologijos klinika; VUL SK Akušerijos ir ginekologijos centras.

Darbo tikslas. Aptarti pagrindinius gyvybei pavojingus kraujavimus nėštumo metu: placentos pirmėigą, atšoką ir peraugusią placentą. Išsiaiškinti pagrindines priežastis, išeitis ir pagalbos teikimo būdus.

Darbo metodika. Mokslinės literatūros analizė atlikta naudojant įrodymais pagrįstos medicinos šaltinius. Į apžvalgą įtraukti straipsniai, publikuoti 2015–2023 m.

Rezultatai. Placentos pirmėiga pasitaiko 3–5 atvejų iš 1000 nėštumų ir sudaro apie 20 % visų priešgimdyminių kraujavimų. Pagrindinės motinos komplikacijos yra gausus ar masyvus kraujavimas, hemoraginis šokas, anemija, diseminuota intravazalinė koaguliacija, ilgesnė hospitalizacija bei gydymas intensyvios terapijos skyriuje. Tuo tarpu vaisiui arba naujagimiui gali būti neišnešiotumas (apie 47 % visų atvejų), įvertinimas mažesniais APGAR balais po gimimo, augimo suletėjimas, respiracinio distreso sindromas, anemija, perinatalinė mirtis. Placentos pirmėigos klinikiniai simptomai: be priežasties prasidėjęs neskausmingas kraujavimas iš makšties, normalus gimdos tonusas, nėra vaisiaus hipoksijos požymių. Jeigu nėščioji gausiai kraujuoja (>500 ml), skubiai atliekamas ultragarsinis tyrimas per makštį, tikslinama placentos prisitvirtinimo vieta. Įvertinus moters ir vaisiaus gyvybines funkcijas, atliekami laboratoriniai tyrimai, o atsižvelgus į klinikinę situaciją, koreguojama hipovolemija, mažakraujystė ir kraujo krešėjimo sutrikimai bei atliekama cezario pjūvio operacija. Operacijos metu kraujavimas stabdomas medikamentinėmis priemonėmis, o šioms esant neefektyvioms gali būti atliekama gimdos tamponada, taikomi kiti chirurginiai hemostazės metodai. Jeigu minėti būdai neduoda rezultatų, o po gimdymo moteris ir toliau kraujuoja, atliekama histerektomija.

Priešlaikinis placentos atsidalijimas pasitaiko 0,5–1,8 % nėščiųjų ir lemia apie 30 % kraujavimų trečiojo trimestro metu. Placentos atšoka yra viena iš pavojingiausių nėštumo ir gimdymo komplikacijų moteriai ir vaisiui, galinčių sukelti tokias pačias pasekmes kaip ir placentos pirmėigos atveju bei lemti perinatalinį mirštamumą ir sergamumą. Tiksli etiologija yra nežinoma, tačiau yra išskiriamos galimos tiesioginės priežastys: pilvo trauma arba staigus pertemptos gimdos vidinio tūrio sumažėjimas. Placentos atšoka diagnozuojama remiantis klinikiniais požymiais: skausmas ir kraujavimas pro makštį (apie 80 % atvejų) arba vidinis kraujavimas, pilvo ar kryžmens srities skausmas, dažni gimdos susitraukimai, vaisiaus hipoksijos požymiai, hipovoleminio šoko simptomai, kraujo krešėjimo sutrikimai. Placentos atšokos diagnozę patvirtina

po gimdymo randamas prie placentos paviršiaus prilipęs kraujo krešulys. Nėštumas užbaigiamas cezario pjūvio operacija, jei kraujavimas pavojingas moters gyvybei ar ryškėja vaisiaus hipoksijos požymių. Tuo tarpu gimdymas natūraliu būdu galimas tuomet, kai kraujavimas negausus, stabili moters hemodinamika, vaisius išnešiotas ir nėra vaisiaus hipoksijos požymių. Galima ir konservatyvi taktika, jeigu vaisius neišnešiotas, normalus gimdos tonusas, motinos ir vaisiaus būklė gera.

Grėsmingas kraujavimas nėštumo metu atsiranda ir dėl patologinio placentos prisitvirtinimo. Tai yra akušerinė komplikacija, kai placenta netaisyklingai prisitvirtina prie gimdos sienos – priauga, įauga ar net perauga gimdos raumens sluoksni, todėl po kūdikio gimimo negali atsidalinti. Pati rečiausia (5 % atvejų) ir sudėtingiausia būklė yra placentos peraugimas, kuri diagnozuojama 1 iš 250–500 patologinio placentos prisitvirtinimų. Pagrindinis rizikos veiksnys yra randas gimdoje po buvusios cezario pjūvio operacijos. Įtarus placentos peraugimą rizikos grupių pacientėms, rekomenduojama atlikti ultragarsą, magnetinio rezonanso tomografiją ir (arba) cistoskopiją. Gydymo taktika priklauso nuo placentos invazijos gylio, aplinkinių organų pažeidimo laipsnio ir pacientės noro išsaugoti gimdą. Dažniausiai atliekama cezario pjūvio operacija kartu su histerektomija ir aplinkinių organų revizija, šalinami defektai, atkuriamas vientisumas. Masyvus kraujavimas, šlapimo takų pažeidimai yra labiausiai nerimą keliančios skubios histerektomijos komplikacijos, o konservatyvus metodas yra susijęs su vėlyvomis placentos palikimo in situ komplikacijomis: pogimdyminiu kraujavimu, infekcija, diseminuotą intravazalinę koaguliaciją ir skubios histerektomijos poreikiu per ateinančius devynis mėnesius.

Išvados. Pagrindinės pataloginės būklės, keliančios pavojų gyvybei – placentos pirmėiga, atšoka ir peraugusi placenta. Prasidėjus grėsmingam kraujavimui itin svarbu įvertinti motinos ir vaisiaus būklę, koreguoti hipovolemiją, mažakraujystę, krešėjimo sutrikimus bei priklausomai nuo gestacinio amžiaus ir kraujavimo stiprumo planuoti tinkamiausius pagalbos teikimo būdus.

Raktažodžiai. Pavojingi kraujavimai; nėštumas; placentos pirmėiga; placentos atšoka; nenormaliai invazinė placenta.