

Učestalost krvarenja u kasnoj trudnoći

Nikolić, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:490743>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-31**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Preddiplomski studij sestrinstva

Maja Nikolić

UČESTALOST KRVARENJA U KASNOJ
TRUDNOĆI

Završni rad

Osijek, 2015.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Preddiplomski studij sestrinstva

Maja Nikolić

UČESTALOST KRVARENJA U KASNOJ
TRUDNOĆI

Završni rad

Osijek, 2015.

Ovaj rad nastao je na Sveučilištu J.J. Strossmayera u Osijeku na Medicinskom fakultetu Osijek, na Klinici za ginekologiju i opstetriciju KBC-a Osijek uz pisanu suglasnost Etičkog povjerenstva medicinskih sestara i tehničara KBC-a Osijek.

Mentor rada: prof. prim. dr. sc. Darko Čuržik

Rad sadrži 20 stranica i 5 tablica.

Predgovor

Zahvaljujem se prof. prim. dr. sc. Darku Čuržiku na prihvaćanju mentorstva, na pomoći i savjetima tijekom izrade rada.

Najveće hvala želim uputiti svojim roditeljima, obitelji i suprugu na velikoj potpori, pomoći, strpljenju i razumijevanju tijekom cijelog školovanja.

Maja Nikolić

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Placenta previa	1
1.1.1. Sestrinska skrb.....	3
1.2. Abrupcija placente.....	3
1.2.1 Sestrinska skrb.....	4
1.3. Atonia uteri.....	5
1.3.1 Sestrinska skrb.....	5
1.4. Moguće sestrinske dijagnoze	6
2. CILJ	8
3. ISPITANICI I METODE	9
3.1. Ustroj studije	9
3.2. Ispitanici	9
3.3. Metode.....	9
3.4. Statističke metode	9
4. REZULTATI.....	10
5. RASPRAVA.....	13
6. ZAKLJUČAK	15
7. SAŽETAK.....	16
8. SUMMARY	17
9. LITERATURA.....	18
10. ŽIVOTOPIS	20

1. UVOD

Trudnoća (drugo stanje, graviditet) nastaje usađivanjem oplođene jajne stanice u endometriju materice. Žena koja je po prvi put trudna naziva se primipara ili primigravida, a žena koja je više puta rađala naziva se multipara ili multigravida. Normalna trudnoća traje deset lunarnih mjeseci ili devet kalendarskih mjeseci, odnosno 40 tjedana ili 280 dana. Prema vremenu kada se dogodi, porođaj može biti prijevremeni, na vrijeme i kasniji, a novorođenče nedoneseno (prematurus), doneseno (maturus) i prenesno (postmaturus). Nedonošče po pedijatrijskim parametrima svako je dijete manje tjelesne težine od 2500 grama.

Krvarenja u kasnoj trudnoći mogu imati ozbiljne posljedice za majku i fetus. Kod krvarenja u kasnoj trudnoći, odnosno u drugom i trećem trimestru, spadaju i abrupcija placente, placenta previa te atonia uterusa. Tijekom trudnoće od velike je važnosti promatranje trudnice kako bi se na vrijeme uočili znakovi krvarenja i proveli postupci za sprječavanje hipovolemijskog šoka. Posebno su ugrožene trudnice koje su u prijašnjim trudnoćama imala neke od navedenih komplikacija, trudnice koje konzumiraju droge (kokain), cigarete te prvorotke u starijoj životnoj dobi. Trudnicu treba uputiti u znakove te upozoriti je da se pridržava svih danih uputa liječnika. Najteža posljedica jest smrt djeteta i majke. To je zasigurno najveći šok koji majka može doživjeti isto kao i njezina obitelj. Od velike je važnosti pružanje podrške obitelji, poticati ih na verbalizaciju svojih osjećaja, primjerice straha i tuge i poticati ih na međusobno pružanje podrške kako bi se lakše nosili s novonastalom situacijom.

1.1. Placenta previa

Placenta previa je nisko nasjela posteljica koja pokriva ušće vrata maternice i tako sprječava rađanje djeteta, djelomično ili u potpunosti. Glavni simptom je bezbolno vaginalno krvarenje koje se obično javlja krajem drugog i početkom trećeg trimestra. Obično odljuštenje posteljice počinje prvim trudovima kada se placenta ne može širiti nego se počinje ljuštiti i tako nastaje slabije ili jače krvarenje. Ako je odljušten dio veći, tako je i krvarenje jače. Krvarenje se može postupno povećavati ili odmah biti obilno. Kod jakih i obilnih krvarenja može doći do hemoragijskog šoka i akutne ugroženosti trudnice (1). Placenta previja je ozbiljna komplikacija trudnoće i događa se u oko 3,3 do 9,9 na 1000 poroda (2).

Placenta previa može biti:

- Totalna- posteljica u potpunosti prekriva unutarnje cervikalno ušće
- Parcijalna-posteljica koja rubom prelazi unutarnje cervikalno ušće, dijelom ga prekriva
- Marginalna- posteljica koja rubom doseže unutarnje cervikalno ušće, ali ga ne prelazi

- Nisko sijelo placente-posteljica smještena nisko u donjem uterinom segmentu, ali ne doseže rub unutarnjeg cervikalnog ušća

Rizični čimbenici:

- Rana placenta previa koja povećava učestalost na 5%
- Višerodilje
- Dob trudnice (veća od 35godina)
- Raniji carski rez
- Miomi
- Abnormalnosti placente i pupkovine
- Višeploidne trudnoće
- Trudnoće od kojih je prošlo malo vremena od prethodne

Dijagnostika:

Placentu previju moguće je otkriti prije kliničkih znakova, a otkriva se transabdominalnim ultrazvučnim pregledom kojemu je točnost 96%. Ako se transabdominalnim ultrazvučnim pregledom ne može točno procijeniti, koristi se transvaginalni ultrazvučni pregled koji je tada puno bolja metoda (1).

Kada se ustanovi dijagnoza, u većini slučajeva potrebno je trudnicu zaprimiti na odjel i promatrati je.

Liječenje:

Kod trudnica s akutnim krvarenjem prvi korak pri zbrinjavanju je hospitalizacija, hemodinamička stabilizacija, procjena gubitka krvi te procjena stanja majke i fetusa. Važno je što prije uzeti i dobiti laboratorijske nalaze kompletne krvne slike te naručiti krv s odgovarajućom krvnom grupom. Pravodobnom primjenom tekućine, a po potrebi i transfuzije krvi, postiže se stabilnost kardiovaskularnog sustava. Daljna terapija sastoji se od strogog mirovanja, bilo to kod kuće ili najidealnije u bolnici; praćenje vitalnih funkcija majke i djeteta te prema potrebi nadoknada tekućine ili transfuzija krvi i spremnost na hitan porođaj. Trudnice koje se prate ambulantno, moraju ispunjavati određene kriterije, a to su: mora biti hemodinamički stabilna, svjesna svoga stanja i biti motivirana te se pridržavati liječničkih uputa, imati uz sebe odgovornu osobu i mogućnost hitnog transporta u bolnicu 24 sata.

Porođaj se najčešće završava carskim rezom koji je apsolutno indiciran kod totalne i parcijalne nasjele placente. U određenim slučajevima marginalne placente i niskog sijela placente moguć je vaginalni porod (1).

1.1.1. Sestrinska skrb

Prioriteti sestrinske skrbi uključuju praćenje vaginalnog krvarenja i znakova šoka. Praćenje vitalnih znakova svakih 15 minuta ako žena krvari, primjena kisika jer je smanjen dotok kisika fetusu. Pacijenticu je potrebno pratiti i ako ne postoji vaginalno krvarenje jer zbog oštećenja posteljice može doći do taloženja krvi. Važno je pratiti rad srca djeteta. Sestra izvodi prijeoperativnu pripremu za carski rez. Potrebno je pružiti psihološku podršku roditeljima koji su zabrinuti zbog preuranjenog poroda (3).

1.2. Abrupcija placente

Abrupcija placente je odljuštenje posteljice od mjesta implantacije, a prije djetetova rođenja, odnosno, prijevremeno odljuštenje normalno umetnute posteljice prije rođenja djeteta (1). U prosjeku nastaje jednom u 100 trudnoća (4). Abrupcija placente s teškim krvarenjem je po život opasno stanje za majku i dijete. Započinje naglo bez prepoznatljivih kliničkih znakova. Najčešći simptom je bol koja je praćena općim lošim stanjem, mračenjem pred očima, nesvjesticom, osjećajem straha, manjka zraka i neosjećanjem pokreta ploda. Krvarenje je obično vaginalno, no moguće je i da nema krvarenja, iako je došlo do odljuštenja i smrti fetusa. Količina krvarenja nije siguran pokazatelj koliko je stanje teško i koliko je narušen koagulacijski mehanizam. Nerijetko se kucanje čedinjeg srca ne registrira jer je nastupila intrauterina smrt. Bolesnice mogu biti u stanju teškog šoka i vitalno ugrožene. Nakon teškog krvarenja može doći do akutnog zatajenja bubrega. Liječenjem svježom krvi i kristaloidnim otopinama sprječavaju se teška i klinički značajna bubrežna zatajenja (1).

Rizični čimbenici (maternalni):

- Preeklampsija, kronična hipertenzija, trombofilija
- Abrupcija u prošloj trudnoći
- Starije trudnice i višerodilje
- Uzimanje kokaina, pušenje
- Nagla dekompresija prerastegnuto uterusa
- Antifosfolipidni sindrom, miom maternice

Rizični čimbenici (fetalni):

- Višepodne trudnoće
- Polihidramnij

Liječenje:

Kod stanja šoka, treba hitno zbrinuti pacijenticu, pratiti vitalne znakove, liječenje kristaloidnim otopinama, svježom krvi i ostalim krvnim derivatima. U slučaju smrti ploda in utero, trudnica se zbrinjava, kontrolira diureza (radi kontrole nadoknade volumena različitih otopina, krvi, ali i perfuzije različitih organa) te stimulira vaginalni porod (1).

1.2.1 Sestrinska skrb

Sestra sudjeluje u pripremi za carski rez, prati vitalne znakove trudnice i djeteta, znakove krvarenja i šoka. Maternica je natečena i tvrda pri dodiru.

Ukoliko dođe do smrti fetusa prije poroda, važno je majci i članovima obitelji pružiti psihološku podršku (3).

Vaginalno krvarenje uvijek je zastrašujuće članovima obitelji jer su obično zabrinuti za zdravlje majke i djeteta, zbog toga što je krvarenje obično povezano s boli i gubitkom trudnoće.

Važan dio sestrinskog rada uključuje:

- prikupljanje anamneze i podataka o pacijentičinom stanju iz povijesti bolesti
- praćenje vitalnih znakova, boje kože i tjelesne temperature
- praćenje kapilarne prokrvljenosti
- praćenje izlučivanja urina
- određivanje hemodinamskog statusa
- praćenje stanja djeteta
- praćenje pojave krvarenja
- praćenje lokacije i učestalosti pojave boli
- intravensku nadoknadu tekućine
- vađenje krvi i praćenje laboratorijskih nalaza (hemoglobin, hematokrit, krvna grupa, Rh faktor, faktor zgrušavanja)
- osigurati udobnosti trudnice
- psihološka podrška članovima obitelji koji su doživjeli šoki tugu zbog gubitka djeteta: sestra će poticati na verbalizaciju osjećaja, odvojiti vrijeme za razgovor o emocijama, pomoći ženi izraziti svoje osjećaje partneru i drugim članovima obitelji

Podučiti obitelj o prevenciji i prepoznavanju znakova infekcije koja može nastati zbog gubitka krvi, da se treba mjeriti tjelesnu temperaturu svakih 8 sati prva 3 dana kod kuće,

objasniti važnost pranja ruku prije i poslije mijenjanja uložaka, uputiti pacijenticu da se konzultira s liječnikom prije korištenja tampona i stupanja u spolne odnose, savjetovati konzumiranje hrane bogate željezom kako bi se povećale vrijednosti hemoglobina i hematokrita (5).

1.3. Atonia uteri

Atonija uterusa teško je kliničko, životno ugrožavajuće stanje majke. Nastaje kao posljedica oslabljene ili neadekvatne kontraktilnosti maternice nakon porođaja posteljice. Atonija uterusa je najčešći uzrok postpartalnog krvarenja. Uterus može biti iscrpljen od produženog poroda, posebno ako je stimuliran. Predisponirajući čimbenici za nastanka atonije su i placenta previa i miomatozni uterus, lijekovi koji relaksiraju uterus poput tonolitika, anestetika i nesteroidnih antireumatika (1).

Rizični čimbenici:

- multipariteta
- polihidramnija
- fetalne anomalije (hidrocefalus)
- produljeni porođaj
- korioamnionitis
- fetalna makrosomija

Dijagnostika:

Dijagnosticira se bimanualnom palpacijom uterusa, masažom uterusa i intravenskom aplikacijom oksitocina. Masaža maternice izvodi se jednom rukom pritišćući izvana fundus. Bimanualno se izvodi tako da jedna ruka pritišće prednji forniks rodnice, a druga izvana abdominalno pritišće fundus maternice.

Liječenje:

U terapiji se daje oksitocin, methergin i prostin 15M (karboprost). Ostali postupci su jodno tamponiranje uterusa, podvezivanje arterije uterine, histerektomija (6).

1.3.1 Sestrinska skrb

Uloga medicinske sestre je:

- praćenje vitalnih znakova
- praćenje stanja pacijentice
- prepoznavanje znakova šoka

- primjena propisane terapije
- psihološka podrška roditelji i obitelji

1.4. Moguće sestrinske dijagnoze

Svaka pacijentica individua je za sebe, stoga je važno da sestra ima cjeloviti holistički pristup i prilagodi intervencije svakoj pacijentici kako bi se postigao što bolji rezultat.

Moguće dijagnoze su:

- Neučinkovito sučeljavanje majke u svezi osnovne bolesti
- Tjeskoba u svezi s novonastalom situacijom
- Anksioznost u svezi gubitka fetusa
- Rizik od fetalne patnje u svezi promjene perfuzije tkiva posteljice
- Hipovolemija u svezi krvarenja sekundarno abnormalna implantacija
- Promjena perfuzije tkiva u svezi hipovolemijskog šoka
- Visok rizik za infekciju u svezi gubitka krvi
- Bol u svezi osnovne bolesti

Dijagnoza: Rizik od fetalne patnje u svezi promjene perfuzije tkiva posteljice

Moguće intervencije:

1. Uključiti obitelj i dati im informacije koje su u djelokrugu rada sestre
2. Pratiti aktivnost srca fetusa
3. Pratiti kontrakcije na monitoru
4. Primijeniti kisik, ako je prisutan distress fetusa
5. Pripremiti pacijenticu za amniocentezu, ako je ordinirana
6. Pružati podršku pacijentici (7)

Dijagnoza: Neučinkovito sučeljavanje majke u svezi osnovne bolesti

Moguće intervencije:

1. Poticati trudnicu na verbalizaciju emocija kako bi iskazala osjećaje poput tjeskobe, strahova, krivnje
2. Pokazati brigu i empatiju

3. Poticati na majčino zbližavanje s fetusom, tako da majka sluša normalan rad srca fetusa
4. Održavanje pozitivnog ali realnog stava
5. Davanje točnih informacija o stanju fetusa
6. Provjeravati stanje majke (7)

2. CILJ

Cilj ovog rada je utvrditi učestalost krvarenja u kasnoj trudnoći kod placente previje, abrupcije placente i atonije uterusa u 2014.g u KBC Osijek.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Ustroj studije je retrospektivna stručno istraživačka (8)

3.2. Ispitanici

Ispitanici su bile trudnice u KBC-u Osijek koje su bile hospitalizirane tijekom 2014.godine.

3.3. Metode

Podatci su se prikupljali u srpnju 2015.godine iz rađaonskog protokola i povijesti bolesti.

Prikupljeni su podatci za:

1. dob,
2. tjedan trudnoće,
3. dijagnozu,
4. porod po redu,
5. završetak poroda,
6. ishod trudnoće,
7. Apgar
8. ishod djeteta
9. težina djeteta
10. duljina djeteta

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim brojevima. Numerički podatci su opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategorijskih varijabli su testirane Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli su testirana Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina su testirane Kruskal Wallisovim testom. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha=0,05$. Za statističku analizu je korišten statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

Tijekom 2014. godine u KBC Osijek bilo je ukupno 2290 poroda, od kojih je 19 imalo komplikacije. Po 8 pacijentica imalo je dijagnozu placenta previa ili atonia uteri, a tri pacijentice su imale abrupciju placente. Srednja dob pacijentica s te tri dijagnoze je 30 godina (interkvartilnog raspona 22,5 – 35,3 godine). Pacijentice s atoniom uteri imale su nešto veći tjedan gestacije, 38+3 tjedna (interkvartilnog raspona 36 do 39+4 tjedna) u odnosu na ostale dvije dijagnoze ali bez značajne razlike. Većini je to prvi porod.

Najniži Apgar u 1' i 5' imaju djeca majki s abrupcijom placente. Težina djece je 3020 g (interkvartilnog raspona 2135 g do 3420 g), a duljina 48 cm (interkvartilnog raspona 45 cm do 49,5 cm) bez značajne razlike prema dijagnozama (Tablica 1).

Tablica 1. Srednje vrijednosti dobi, tjedna gestacije, broja poroda, te osnovnih obilježja djece prema dijagnozama majki

	Medijan (interkvartilni raspon)				p*
	Placenta previa	Atonia uteri	Abrupcija placente	Ukupno	
Dob pacijentice	29,5 (25,75 - 35)	30 (26 - 37,5)	30 (24 - 31)	30 (25,5 - 35,3)	0,797
Tjedan gestacije	35+5 (33+5do 36+4)	38+3 (36 do39+4)	37+5 (34+4do 38+6)	36+5 (34+5do 38+3)	0,064
Porod po redu	1 (1 - 3)	1 (1 - 3)	2 (1 - 3)	1 (1 - 3)	0,789
Apgar 1'	9 (7,5 - 10)	10 (10 - 10)	3 (0 - 10)	10 (8,5 - 10)	0,051
Apgar 5'	9 (7,5 - 10)	10 (10 - 10)	6 (0 - 10)	10 (8,5 - 10)	0,051
Težina djeteta (g)	2400 (2055 - 3135)	3250 (2625 - 3750)	3020 (2450 - 3200)	3020 (2135 - 3420)	0,263
Duljina djeteta (cm)	45 (45 - 48,5)	49 (46 - 51)	48 (47 - 49)	48 (45 - 49,5)	0,298

*Kruskal Wallis test

Kod ispitanica s dijagnozom placente previje, najviše ispitanica su prvorođilje, njih 5/8, s dijagnozom atonije uterusa njih 4/8, dok je kod ispitanica s dijagnozom abrupcije placente po jedna ispitanica rodila po prvi, drugi i treći put. Nema povezanost između broja poroda i dijagnoza (Tablica 2).

Tablica 2: Raspodjela poroda prema dijagnozi

		Broj poroda prema dijagnozama			Ukupno	p*
		Placenta previa	Atonia uteri	Abrupcija placente		
Porod po redu	1	5/8	4/8	1/3	10/19	0,932
	2	1/8	1/8	1/3	3/19	
	3	2/8	2/8	1/3	5/19	
	4	0/8	1/8	0/3	1/19	
Ukupno		8/8	8/8	3/3	19/19	

*Fisherov egzaktni test

Završetak poroda na carski rez bio je kod svih ispitanica s dijagnozama placente previje i abrupcije placente, dok je kod ispitanica s dijagnozom atonije uteri porod značajno češće je porod završen prirodno, kod 6/8 ispitanica (Fisherov egzaktni test, $p=0,002$) (Tablica 3).

Tablica 3. Raspodjela završetka poroda prema dijagnozama

		Broj poroda prema dijagnozama			Ukupno	p*
		Placenta previa	Atonia uteri	Abrupcija placente		
Završetak poroda	Carski rez	8/8	2/8	3/3	13/19	0,002
	Vaginalni porod	0/8	6/8	0/3	6/19	
Ukupno		8/8	8/8	3/3	19/19	

*Fisherov egzaktni test

Kod ispitanica s dijagnozama placente previje i atonije uteri nije zabilježen ni jedan negativan ishod trudnoće, dok je kod ispitanica s dijagnozom abrupcije placente zabilježen jedan negativan ishod (Tablica 4).

Tablica 4. Raspodjela ishoda trudnoće prema dijagnozama

		Broj ishoda prema dijagnozama			Ukupno	p*
		Placenta previa	Atonia uteri	Abrupcija placente		
Ishod trudnoće	Pozitivan	8/8	8/8	2/3	18/19	0,158
	Negativan	0/8	0/8	1/3	1/19	
Ukupno		8/8	8/8	3/3	19/19	

*Fisherov egzakti test

Ispitanice s dijagnozom atonije uteri nisu imale niti jedan negativan ishod djeteta, dok je kod ispitanica s dijagnozama placente previje i abrupcije placente zabilježen po jedan negativan ishod, odnosno smrt djeteta (Tablica 5).

Tablica 5: Raspodjela ishoda djece prema dijagnozama

		Dijagnoza			Ukupno	p*
		Placenta previa	Atonia uteri	Abrupcija placente		
Ishod djeteta	Pozitivan	7/8	8/8	2/3	17/19	0,158
	Negativan	1/8	0/8	1/3	2/19	
Ukupno		8/8	8/8	3/3	19/19	

*Fisherov egzakti test

5. RASPRAVA

Tijekom trudnoće može doći do komplikacija koje su po život opasne za fetus i majku. Kod krvarenja u kasnoj trudnoći, odnosno u drugom i trećem trimestru, spadaju i abrupcija placente, placenta previa te atonija uterusa.

Istraživanje, koje se provelo u KBC-u Osijek, bilo je retrospektivno istraživanje. Podatci su uzeti iz rađaonskog protokola. Pošto je cilj bio utvrditi učestalost abrupcije placente, placente previje te atonije uterusa, tako iz rezultata slijedi da je tijekom 2014.godine u KBC-u Osijek bilo 2290 poroda od kojih je 8 ispitanica imalo dijagnozu placente previje, 8 ispitanica dijagnozu atonije uterusa te 3 ispitanice abrupciju placente. Ni jedna trudnoća nije završila smrću majke.

Kod ispitanica s dijagnozom placente previje maksimalni broj godina bio je 38, a najmlađa ispitanica imala je 23 godine. Tjedni u kojima je nastupio porođaj su od 30. tjedna gestacije pa do 37.tjedna. Minimalni apgar score u prvoj minuti iznosi 2 boda odnosno 4 boda u petoj minuti. Kod ispitanica s placentom previjom bio je jedan negativan ishod poroda,odnosno dijete je preminulo 5 sati nakon porođaja. Porođaji su se završili carskim rezom kod svih ispitanica s dijagnozom placente previje. Kako je poznato iz literature (1) da je jedan od rizičnih čimbenika za nastanak placente previje veći broj poroda, to nije uočeno ovim istraživanjem s obzirom da su ispitanice u pet od osam slučajeva bile prvorodilje.

Kod ispitanica s dijagnozom atonia uteri maksimalan broj godina bio je 43, a najmlađa ispitanica je imala 15 godina. Tjedni u kojima je nastupio porođaj su od 31. tjedna gestacije pa do 40. tjedna. Rođena djeca imala su maksimalan broj apgar scora, odnosno 10 bodova, kako u prvoj tako i u petoj minuti. Nije bilo negativnih ishoda. Porođaji su se najčešće završavali prirodno. Kod 4 ispitanice je bio prvi porod, drugi porod kod 1 ispitanice, treći porod kod 2 ispitanice te četvrti porod kod jedne ispitanice.

Kod ispitanica s dijagnozom abrupcije placente maksimalan broj godina bio je 31, a najmlađa ispitanica imala je 24 godine. Kako je iz literature navedeno, abrupcija placente je nešto češća u trudnica starijih od 35 godina (8), možemo vidjeti kako je dob ispitanica bila

niža u odnosu na literaturu. Tjedni u kojima je nastupio porođaj su od 35. tjedna gestacije pa do 39. tjedna. Minimalni apgar score u prvoj minuti iznosi 0 bodova te isto tako 0 bodova u petoj minuti. Kod ispitanica s abrupcijom placente bio je jedan negativan ishod trudnoće koji je završio smrću fetusa. Porođaji su se završili carskim rezom što dovodi do zaključka da taj podatak odgovara literaturi jer se navodi da je kod porođaja, kada je plod živ, apsolutno indiciran carski rez, a kod slučaja smrti in utero se stimulira vaginalni porod (1).

6. ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bilo je utvrditi učestalost abrupcije placente, placente previje te atonije uterusa, stoga temeljem prikupljenih podataka možemo zaključiti:

- tijekom 2014.godine u KBC-u Osijek učestalost placente previje, atonije uterusa te abrupcije placente bila je ukupno 0,83%.
- placenta previja je zabilježena kod 8 ispitanica, atonija uterusa također kod 8 ispitanica te abrupcija placente kod 3 ispitanice.
- s obzirom na literaturu (6), taj se broj smanjio u odnosu na 2012.godinu kada je od 2513 poroda dijagnozu placente previje imalo 13 ispitanica te isto tako i abrupciju placente.
- u posljednjih 25 godina smanjuje se učestalost abrupcije placente zahvaljujući dobroj dijagnostici i terapiji (6).

7. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja:

Ciljevi istraživanja bili su utvrditi učestalost krvarenja u kasnoj trudnoći kod placente previje, abrupcije placente i atonije uterusa u 2014.g u KBC-u Osijek

Ustroj studije:Retrospektivna stručno istraživačka studija

Ispitanici i metode:

Ispitanici su bile trudnice u KBC Osijek koje su bile hospitalizirane tijekom 2014.godine. zbog krvarenja u kasnoj trudnoći. Provodilo se retrospektivno istraživanje gdje su podaci uzeti iz rađaonskog protokola i povijesti bolesti. Prikupljali su se dob, tjedan trudnoće, dijagnoza, porod po redu, završetak poroda, ishod trudnoće, Apgar i ishod djeteta.

Rezultati:

U 2014.godini bilo je 8 ispitanica (0,4%) koje su imale dijagnozu placente previe, 8 ispitanica (0,4%) atoniju uterusa, te 3 ispitanice (0,1%) abrupciju placente. Kod ispitanica s placentom previjom i abrupcijom placente sve su ispitanice rodile carskim rezom, dok je kod atonije uterusa 2 (0,3%) rodile na carski rez i 6 ispitanica (0,8%) prirodno. Kod abrupcije placente jedna trudnoća je završila negativnim ishodom, odnosno smrću djeteta, te isto tako kod placente previje. Najmanji tjedan gestacije u kojem je izvršen porođaj je 30. tjedan trudnoće, dok je najveći 40. tjedan.

Zaključak:

Pravovremenim reagiranjem i davanjem valjane terapije, odnosno transfuzije, osobito svježe krvi, uvelike pridonosi pozitivnom ishodu trudnoće i završetku poroda. Konstantnom procjenom trudnice i praćenjem vitalnih znakova fetusa omogućava se pravovremeno prepoznavanje znakova i simptoma hipovolemijskog šoka. Dobrom prijeoperativnom pripremom i izvođenjem hitnog carskog reza uvelike se sprječava smrtnost majke i djeteta.

Ključne riječi:abrupcija placente, atonija uterusa, krvarenje, placenta previja, trudnoća.

8. SUMMARY

Title: The frequency of bleedings in late pregnancy

Objectives:

Aim of the research was to determine the frequency of late pregnancy bleeding due to placenta previa, placental abruption or uterine atony in 2014 in Clinical Hospital Centre Osijek

Study desing: Retrospective professional research study

Patients and methods:

Patients were pregnant women hospitalized during 2014 due to late pregnancy bleeding. Retrospective research was conducted where birthing protocol and medical records were collected. Patient's age, weeks of gestation, diagnosis, number of births, delivery, pregnancy outcome, Apgar and child outcome were recorded.

Results:

In 2014, 8 patients (0,4%) had placenta previa, 8 (0,4%) had uterine atony and 3 (0,1%) had placental abruption. All patients with placenta previa and placental abruption gave birth by cesarean section. 2 patients (0,3%) with uterine atony gave birth by cesarean section and 6 (0,8%) gave birth naturally. In placental abruption and placenta previa there was a respective case of one pregnancy ending with a negative outcome, that is, with the death of a baby. The lowest gestational age when the baby was delivered was 30 weeks and the highest was 40 weeks.

Conclusion:

A timely reaction where a pregnant woman recieves adequate therapy, i.e a transfusion of fresh blood, greatly contributes to a positive pregnancy and delivery outcome. Constant assessment of a pregnant woman and monitoring of fetal vital signs enable a timely recognition of hypovolemic shock symptoms. A good preoperative preparation and emergency cesarean section significantly prevent mortality of mother and baby.

Key words: bleeding, pregnancy, placental abruption, placenta previa, uterine atony.

9. LITERATURA

1. Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J, i suradnici. Porodništvo. Medicinska naklada Zagreb. Zagreb;2009.
2. Grgić G, Fatušić Z, Bogdanović G, Skokić F. Placenta Previija i ishod poroda. *Gynaecol Perinatol* 2004;13(2):86–88.
3. Leifer G. *Maternity Nursing*. 9. izd. St. Louis: Elsevier Saunders;2005.
4. Sinha P, Kuruba N. Ante-partum haemorrhage: An update. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, May 2008; 28(4): 377 – 381.
5. Smith Murray S, Slone McKinney E. *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*. 4. izd. St. Louis: Saunders Elsevier;2006.
6. Čuržik D, Rubin M, Stupin M, Čuržik D. Krvarenja u kasnoj trudnoći i porođaju. *Gynaecol Perinatol*, 2013;22:1-4.
7. Laveri JP. *The human placenta Clinical Perspectives*. Aspen Publicaion. USA;1987.
8. Marušić M. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 5. izd. Zagreb: Medicinska naklada;2013.
9. Prodan M, Brnčić-Fischer A, Finderle A, Petrović O. Klinički značaj i nadzor visokorizičnih trudnoća. *Medicina* 2005;42(41): 37-48.
10. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb: 1995
11. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Hrvatsko zdravstveni statistički ljetopis za 2014. godinu*. Zagreb; 2015
12. Mimura T, Hasegawa J, Nakamura M, Matsuoka R, Ichizuka K, Sekizawa A, i sur. Correlation between the cervical length and the amount of bleeding during cesarean section in placenta previa. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 37, No. 7: 830–835, July 2011
13. Matsuda Y, Kawamichi Y, Hayashi K, Shiozaki A, Satoh S, Saito S. Impact of maternal age on the incidence of obstetrical complications in Japan. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 37, No. 10: 1409–1414, October 2011
14. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Smith GCS, Onwere C, Mahmood TA, i sur. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a

- population-based study and meta-analysis. Gurol-Urganci et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011, 11:95
15. Nakamura M, Hasegawa J, Matsuoka R, Mimura T, Ichizuka K, Sekizawa A, i sur. Amount of hemorrhage during vaginal delivery correlates with length from placental edge to external os in cases with low-lying placenta whose length between placental edge and internal os was 1–2 cm. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 38, No.2012; 8: 1041–1045
 16. Erez O , Novack L, Klaitman V, Erez-Weiss I, Beer-Weisel R, Dukler D , i sur. Early preterm delivery due to placenta previa is an independent risk factor for a subsequent spontaneous preterm birth. Erez et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:82
 17. Takemura Y, Osuga Y, Fujimoto A, Oi N, Tsutsumi R , Koizumi M, i sur. Increased risk of placenta previa is associated with endometriosis and tubal factor infertility in assisted reproductive technology pregnancy. *Gynecological Endocrinology*, 2013; 29(2): 113–115
 18. Gularia K, Gupta B, Agarwal S, Suneja A, Vaid N, Jain S. Abnormally invasive placenta: changing trends in diagnosis and management. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology* 92 (2013) 461–464

10. ŽIVOTOPIS

Opći podaci:

Ime i prezime: Maja Nikolić

Godina i mjesto rođenja: 22.02.1992. Stari Mikanovci

Adresa: B.Radića 18 32242 Slakovci

Telefon: 098/ 957-4099

e-mail: maja.nikolic1@hotmail.com

Školovanje:

1999. - 2007. Osnovna škola Slakovci

2007. – 2011. Zdravstvena i veterinarska škola dr. Andrije Štampara, Vinkovci

2011. – do danas Sveučilište J. J. Strossmayera Medicinski fakultet Osijek, Preddiplomski studij sestrinstva

Posebna znanja i vještine:

Položen vozački ispit za „B“ kategoriju, te poznavanje rada na računalu

Sudjelovanje u projektima:

2013. sudjelovanje u implementaciji kurikuluma i ljetnoj školi u sklopu IPA projekta Modernizacija školskih kurikuluma u strukovnim školama u skladu s promjenjivim potrebama tržišta rada/gospodarstva „Započnimo edukaciju sada kako bismo povećali opću odgovornost za skrb o starijim osobama“, Medicinska škola Osijek.