

WEWNĄTRZMACICZNE OBUMARCIE PŁODU – STUDIUM PRZYPADKU, CIAŻA OBUMARŁA

Krystyna Piekut¹, Bożena Kulesza-Brończyk¹, Agnieszka Genowska², Marta Zahor¹, Marta Tarasiewicz³, Sławomir J. Terlikowski¹

1. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Absolwentka studiów II^o kierunku Położnictwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

WPROWADZENIE

Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu jest stosunkowo rzadko występującą patologią ciąży zaliczaną jednak do jej najpoważniejszych powikłań. Występuje dziesięciokrotnie częściej niż nagła śmierć noworodka [1]. Definiowana jest jako zgon płodu poprzedzający zupełne wydalenie, bądź też całkowite wydobycie z organizmu matki, o ile wystąpił po upływie 22 tygodni trwania ciąży. Wiąże się z poważnymi zagrożeniami zdrowia i życia kobiety [2].

W praktyce klinicznej stosowana jest trójstopniowa klasyfikacja wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, w której główne kryterium stanowi wiek ciąży. Zgodnie z takim podziałem, obumarcie wczesne występuje poniżej 20 tygodnia ciąży i w polskim prawodawstwie uznawane jest za poronienie (występuje do 21 6/7 czasu trwania ciąży). Obumarcie pośrednie ma miejsce od 20 do 27 tygodnia a obumarcie późne powyżej 27 tygodnia. Innym kryterium jest masa płodu przekraczająca 500 g. Po wydaleniu poza organizm matki potwierdzeniem zgonu wewnątrzmacicznego jest brak oznak życia, tj. czynności serca i oddechu a sznur pępowinowy nie tętni [3].

ROZWINIĘCIE

Etiologia

Czynniki zgonów wewnątrzmacicznych w okresie terminu porodu można sklasyfikować w trzech grupach: płodowych, łożyskowych oraz matczyńskich [3]. Za prawie 25% przypadków zgonów odpowiedzialne są czynniki mające bezpośredni związek z płodem.

Zaliczają się do nich wszelkie zaburzenia w obrębie pojedynczych genów oraz bardziej złożone zespoły genetyczne, jak również rozwojowe wady wrodzone i dysplazje. Inne przyczyny zgonów wewnątrzmacicznych obejmujące 25-30% wszystkich przypadków śmierci spowodowane są nieprawidłowościami w obrębie struktur płodu. Przedwczesne oddzielenie łożyska lub jego niewydolność przyczynia się nawet do 20% zgonów. Od 2 do 4% przyczyn zgonów przypisuje się wadom w budowie sznura pępowinowego, natomiast 5% stanowią przecieki płodowo-matczyne [3,4]. Choroby matki takie jak nadciśnienie tętnicze (4% zgonów), schorzenia nerek, nadczynność lub niedoczynność tarczycy i cukrzyca stanowią 10% przyczyn obumarcia wewnątrzmacicznego płodu. Wskazuje się również na znaczenie rosnącej epidemii otyłości i późniejszy wiek macierzyństwa [4-6]. Do czynników zwiększających odsetek ciąż obumarłych zaliczane są również złe warunki socjoekonomiczne, palenie papierosów oraz liczne ciążę [6].

Do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu może prowadzić także szeroki wachlarz zakażeń spowodowanych wirusami, bakteriami a także pierwotniakami. Najczęstszymi zakażeniami w przebiegu ciąży prowadzącymi do śmierci wewnątrzmacicznej są infekcje wywoływane *parwowirusem B19* oraz zespół TORCH, w skład którego wchodzi zakażenia *T. gondi*, różyczką, wirusami *Coxsackie typu A i B*, cytomegalią oraz opryszczką. Rejestrowane są także przypadki zgonów płodu na skutek zakażenia drobnoustrojami pochodzącymi z dolnego odcinka dróg rodnych, do których zalicza się bakterie *E. coli*, paciorkowce oraz *Klebsiella*. Pomimo szeroko rozwiniętej diagnostyki wciąż 15-40% przypadków pozostaje bez rozpoznanej przyczyny zgonu [3,4].

Wpływ wewnątrzmacicznej śmierci płodu na zdrowie psychiczne matki

Strata dziecka jeszcze przed przyjściem na świat, jest dla kobiety niezwykle ciężkim doświadczeniem, które skutkuje szeregiem reakcji emocjonalnych wymagających wsparcia, wnikliwej obserwacji oraz troski. Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu powoduje uaktywnienie reakcji obronnych na poziomie behawioralnym, poznawczym i emocjonalnym [7]. Istotnym elementem opieki nad matkami, które utraciły dziecko, jest skierowanie uwagi na szereg psychologicznych aspektów bezpośrednio po porodzie martwego dziecka jak i w trakcie kolejnych wizyt kontrolnych u ginekologa, bądź w poradni K. Zwrócić uwagę należy na potrzebę rozmowy i oczekiwania ze strony pacjentki. Edukację połączoną z terapią rozpocząć należy w momencie rozpoznania oraz kontynuować przez czas trwania ciąży, porodu oraz położu. Kluczowym elementem wpływającym na emocjonalne doświadczenia utraty dziecka jest współpraca z kobietą i dostosowanie się do jej oczekiwań bezpośrednio po

porodzie martwego płodu. Postępowanie powinno być ściśle uzależnione od stopnia maceracji urodzonego płodu. Klasyfikacja ułatwia określenie zaawansowania stopnia rozkładu ciała płodu i powinna być bezwzględnie brana pod uwagę przy podjęciu decyzji o okazaniu płodu matce. Ten stan może znacząco zaważyć na doświadczeniach emocjonalnych pacjentki [8]. Badania przeprowadzone w ciągu ostatniej dekady wskazują na podwyższone ryzyko depresji, epizodów lękowych oraz rozwinięcia zespołu stresu pourazowego u kobiet, które przeżyły wewnątrzmaciczny zgon płodu [9,10]. Dowiedziono również, iż uczestniczenie w grupach wsparcia, zrzeszających kobiety o podobnych doświadczeniach znacząco poprawia efekty terapii psychologicznej oraz ułatwia przeżywanie żałoby [11]. Urodzenie martwego płodu ma wpływ nie tylko na stan zdrowia ciężarnej lecz może rzutować negatywnie na bliskich oraz relacje społeczne [10].

Badania prenatalne jako jedna z metod zapobiegania urodzeniom martwym

Badania prenatalne stanowią ważny element opieki położniczej. Ich wykorzystanie wielu rodzicom pozwala na udaną prokreację. W przypadku uzyskania wyniku niepomyślnego, daje możliwość podjęcia decyzji o porodzie dziecka nieuleczalnie chorego lub martwego albo terminacji ciąży [12]. Mają ogromne znaczenie zarówno pod względem diagnostycznym jak i terapeutycznym. Pozwalają na wczesne wykrywanie wad płodu oraz odpowiednio szybkie wdrożenie leczenia w celu zapobiegania trwałemu kalectwu. Wczesna diagnostyka umożliwia także zmniejszenie odsetka porodów płodów przewlekłe chorych, uszkodzonych bądź obciążonych schorzeniami letalnymi [13].

Wykaz badań prenatalnych, prawo i wskazania do ich wykonania regulowane są Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane. Zgodnie z Rozporządzeniem, badania prenatalne uznane są za procedury diagnostyczne, które należy zastosować u kobiet będących w I i II trymestrze ciąży, noszącej znamiona podwyższonego ryzyka wystąpienia choroby lub wady uwarunkowanej obciążeniem genetycznym lub innym. Badania należy przeprowadzić do 22 tygodnia trwania ciąży [14].

Badania prenatalne obejmują procedury nieinwazyjne: badania obrazowe płodu wg standardów przewidzianych dla badania USG pod kątem wad i chorób genetycznie uwarunkowanych, badania biochemiczne: osoczowe białko ciążowe A (PAPP-A), alfa fetoproteina (AFP), wolna gonadotropina kosmówkowa-podjednostka beta (wolne β -hCG), wolny estriol; procedury inwazyjne takie jak: biopsja trofoblastu, amniopunkcja,

kordocenteza, badanie krwi pępowinowej oraz badania cytogenetyczne i molekularne wykorzystujące hodowle komórkowe, wykonywanie preparatów do analizy cytogenetycznej (techniki prążkowe), analizę mikroskopową kariotypu, analizę FISH (hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji), analizy molekularne i biochemiczne w przypadkach chorób monogenicznych[15].

Badania prenatalne ze względu na ryzyko jakie za sobą niosą oraz koszty wykonania, nie są obligatoryjnie wskazane dla każdej ciężarnej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia określa główne czynniki upoważniające do przeprowadzenia badań prenatalnych. Jednym z najważniejszych jest wiek matki powyżej 40 roku życia, gdyż wraz z wiekiem matki wzrasta ryzyko wystąpienia poważnych schorzeń płodu, podobnie jak w przypadku wystąpienia w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka. Z punktu widzenia genetyki istotnym i kolejnym wskazaniem do przeprowadzenia badań diagnostycznych jest stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, co może skutkować kolejną ciążą obciążoną defektem genetycznym. Do bezwzględnych wskazań do wykonania badań prenatalnych zalicza się również stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową. Badania prenatalne mogą być także zalecane na podstawie stwierdzenia w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. Postępowanie diagnostyczne we wczesnym okresie ciąży istotnie wpływa na zmniejszenie występowania ciąż obumarłych ze względu na możliwość wczesnego wdrożenia leczenia lub eliminacji potencjalnie zagrożonych przypadków [16].

Terminacja ciąży w przypadku wad płodu-aspekty prawne

Prawodawstwo Polskie zezwala na przerwanie ciąży na podstawie Ustawy z dnia 7 stycznia 1993r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąż (art.4 a). Zgodnie z ustawą, przerwanie ciąży może wystąpić w przypadku, gdy stanowi ona realne zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety ciężarnej lub też w wypadku gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo wystąpienia ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu [17,18].

Powyższe wskazania są ograniczone czasowo, zabieg terminacji ciąży może być wykonany jedynie do czasu osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki [19]. Ponadto warunkiem możliwości przeprowadzenia zabiegu legalnej

aborcji jest przedłożenie opinii lekarza specjalisty, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997r. § 2. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzenia, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu [20].

Rozpoznanie wewnątrzmacicznego obumarcia płodu

Wewnątrzmaciczną śmierć płodu stwierdza się ostatecznie na podstawie szczegółowych badań klinicznych. Jednym z pierwszych objawów subiektywnych, odczuwanych przez ciężarną jest brak ruchów płodu. Ponadto, kobiety często zgłaszają uczucie ulgi w oddychaniu, co jest spowodowane obniżeniem dna macicy, będące jednym z czynników przygotowawczych do samoistnego porodu płodu martwego. Podczas badania fizykalnego można zaobserwować zmniejszenie obwodu brzucha oraz stwierdzić zahamowanie powiększania się mięśnia macicy z czym nieodłącznie wiąże się również spadek masy ciała. Dodatkowo, niekiedy obserwuje się mleczną wydzielinę z gruczołów sutkowych. Wszystkie te symptomy skłaniają do natychmiastowego wysłuchania akcji serca płodu, które w przypadku ciąży martwej nie jest możliwe [3]. Jeżeli tętna płodu nie wysłuchano/nie zarejestrowano należy wdrożyć dalszą diagnostykę. Podejrzewając obumarcie płodu, postępowaniem z wyboru jest wykonanie badania ultrasonograficznego, które w przypadku niepomyślnej diagnozy pozwoli na monitorowanie zaawansowania procesu obumarcia. Najliczniejsze objawy zgonu płodu obserwowane są ze strony układu kostnego. Za pomocą ultrasonografii można stwierdzić dachówkowate zachodzenie kości czaszki (dodatni objaw Spaldinga) oraz nieregularny zarys konturów lub też zarys podwójny sklepienia czaszki. Kręgosłup, kończyny górne oraz dolne tworzą tzw. „sałatkę z kości” co oznacza, że ułożone są nieregularnie. Ponadto podczas diagnostyki stwierdza się brak echa środkowego główki a uwidoczniiony pęcherz moczowy jest pusty z jednoczesną obecnością gazu wewnątrz płodu. Ostatecznym wykładnikiem śmierci jest próba uchwycenia tętna płodu pod kontrolą głowicy USG i wykonanie badania przepływów w naczyniach (Doppler, który stwierdzi brak wypełnienia aorty). Na podstawie badania USG możliwe jest ustalenie przypuszczalnego wieku ciążowego martwego płodu [3,5].

Jeżeli występuje konieczność pogłębienia diagnostyki, dodatkowo można wykonać amnioskopię, umożliwiającą uwidocznienie dolnego bieguna pęcherza płodowego. Zazwyczaj w przypadku obumarcia płodu obserwuje się brunatne zabarwienie płynu owodniowego

określane mianem popłuczyn mięsnych. Należy wykonać badania laboratoryjne mające na celu określenie stężeń hormonów ciążowych, w tym: gonadotropiny kosmówkowej, pregnandiolu i estradiolu, a rutynowo do czasu rozwiązania oceniać morfologię i układ krzepnięcia. Dodatkowe badania mają istotne znaczenie podczas podejmowania decyzji o sposobie ukończenia ciąży oraz są pomocne w diagnostyce przyczyn obumarcia płodu. Najistotniejsze z nich to: grupa krwi i odczyn Coombsa, morfologia krwi z rozmazem, stężenie elektrolitów, próby wątrobowe, stężenie fibrynogenu i czas protrombinowy [21].

Wybór i sposób ukończenia ciąży obumarłej

Ciąża obumarła może być zagrożeniem dla zdrowia i życia matki. Od momentu zdiagnozowania wewnątrzmacicznego obumarcia płodu wskazane jest prowadzenie ścisłej kontroli stanu ogólnego pacjentki. Na podstawie interpretacji wyników badań oraz konsultacji specjalistycznych dokonuje się wyboru postępowania względem rozpoczęcia akcji porodowej. Jeżeli nie zachodzi realne ryzyko zagrożenia życia i zdrowia kobiety, odstępuje się od wykonania cięcia cesarskiego. W przypadku stwierdzenia ciąży obumarłej, dopuszczalne są dwa typy postępowania: wyczekujące lub czynne (farmakologiczne lub zabiegowe) [3,4].

Według wytycznych Royal College of Obstetricians and Gynaecologists najbezpieczniejsze dla zdrowia kobiety jest przyjęcie postawy wyczekującej, ponieważ w badaniach wykazano, że większość ciąż obumarłych kończy się porodem samoistnym w okresie dwóch tygodni od momentu zgonu. Dodatkową korzyścią płynącą z oczekiwania na poród samoistny jest możliwość przeprowadzenia porodu w sposób bezpieczny i gwarantujący szybki powrót do zdrowia, co warunkuje możliwość zajścia w kolejną ciążę. Jednak należy pamiętać, że takie postępowanie obarczone jest ryzykiem wystąpienia koagulopatii ze zużycia, w następstwie rozwinięcia zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC) [4,22].

Prewencyjnie pacjentka po stwierdzeniu wewnątrzmacicznego zgonu płodu powinna być przyjęta do szpitala w ustalonym terminie, gdzie poddana zostanie wnikliwej obserwacji oraz preindukcji porodu, która zazwyczaj polega na dopochwowym podaniu prostaglandyn. Sporadycznie stosowany jest zabieg amniotomii. Mimo, iż zabieg ten może znacznie przyspieszyć wystąpienie czynności skurczowej mięśnia macicy, to niesie za sobą ryzyko wprowadzenia zakażenia drogą wstępującą. Gdy wymienione metody nie przynoszą oczekiwanego efektu, pacjentce wykonuje się test oksytocynowy i przekazuje opiekę i nadzór zespołowi sali porodowej. Farmakologiczna indukcja porodu jest standardowym

postępowaniem w przypadku ciąży obumarłej. Stosuje się wlew kroplowy dożylny w pompie infuzyjnej zawierający 5 j. oksytocyny rozcieńczonych w 500ml 5% glukozy. Początkowy przepływ wynosi 3ml na godzinę, po czym zostaje stopniowo zwiększany do czasu wystąpienia efektywnej czynności skurczowej mięśnia macicy[3,22]. Jednocześnie prowadzi się obserwację stanu ogólnego i położniczego pacjentki.

Pacjentka z ciążą obumarłą na sali porodowej wymaga należytej dbałości o jej komfort fizyczny i psychiczny, gdyż uraz emocjonalny spowodowany porodem martwego dziecka niesie za sobą daleko idące konsekwencje psychologiczne[10]. Wszelkie procedury odbywające się bezpośrednio po przyjęciu pacjentki powinny być wykonywane precyzyjnie, aby zapobiec ewentualnej konieczności ich powtórzenia, co w stopniu znacznym wpływa na zminimalizowanie stresu. Pacjentce należy okazać wiele cierpliwości i zrozumienia a każdą z czynności wykonywanych przy niej, tłumaczyć w sposób jasny i zrozumiały, językiem dostosowanym do jej możliwości intelektualnych. Przy pojawieniu się silnych dolegliwości, wynikających z czynności skurczowej mięśnia macicy, można zaproponować znieczulenie. Jeżeli poród osiągnie drugi okres należy zrobić wszystko, aby przebiegał on jak najmniej urazowo [21,22].

Podjęcie decyzji o czynnym (instrumentalnym) prowadzeniu porodu płodu obumarłego zwiększa ryzyko wystąpienia poważnych powikłań (zaburzenia krzepnięcia ze zużycia, infekcja wstępująca) grożących śmiercią pacjentki. Takie postępowanie dodatkowo pogłębia stopień traumatyczności zaistniałej patologii. Dlatego nie powinno być stosowane po 20 tygodniu ciąży [3]. Ostateczną drogą porodu martwego płodu może być cięcie cesarskie [6].

CEL PRACY

Celem pracy było zaprezentowanie aktualnego postępowania medycznego w sytuacji ciąży obumarłej oraz przedstawienie opisu przypadku.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Do badań wykorzystano studium indywidualnego przypadku. Materiał zebrano w oparciu o wywiad, obserwację, pomiar podstawowych parametrów życiowych oraz analizę dokumentacji medycznej. Uzyskany materiał umożliwił opracowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentką rodzącą z ciążą obumarłą z współistniejącym wstrząsem hipowolemicznym.

Opis przypadku

Pacjentka lat 31, wieloródka, ciąża V w 38 tygodniu jej trwania, poród V została przywieziona karetką pogotowia do szpitala z rozpoznaniem wstępnym: wstrząs, zaawansowana ciąża, krwawienie z dróg rodnych. Pacjentka stanowczo zaprzecza, że jest w ciąży. Na podstawie wywiadu ustalono, że od godziny 1.00 zgłaszała osłabienie, natomiast około godziny 2.00 straciła przytomność. W chwili przybycia zespołu pogotowia ratunkowego oceniono stan ogólny chorej: oddechy-18/min, RR-60/40mmHg, HR-100 ud./min., obrażenia zewnętrzne-brak. Objawy odnotowane: wstrząs, krwawienie, zasłabnięcie. Ocena psycho-ruchowa zaburzona. Postępowanie ratunkowe: tlenoterapia bierna oraz płynoterapia: 2x500 ml 0,9%NaCl oraz 500ml PWE.

Pacjentka jest osobą niezamężną, ze środowiska wiejskiego bez stałego adresu zameldowania. Mieszka z konkubentem i dwójką dzieci. Jest osobą z wykształceniem podstawowym, obecnie bezrobotna. Swoją sytuację socjo-ekonomiczną przedstawia jako złą. Nie jest pod opieką żadnego lekarza specjalisty, nie przyjmuje leków na stałe, nie wie także, czy jest uczulona na jakikolwiek farmaceutyk. Nie była operowana ani poddawana działaniu środków anestetycznych. Pacjentka uzależniona jest od alkoholu. Pali do 20 papierosów dziennie. Nie prowadzi zdrowego trybu życia i nie odżywia się prawidłowo.

W badaniu podmiotowym stwierdzono duże ryzyko rodzinnych obciążeń chorobowych. Matka pacjentki zmarła w wieku 36 lat z powodu nowotworu narządu rodneho, ojciec choruje na nadciśnienie tętnicze oraz cukrzycę insulinozależną.

Wywiad ginekologiczno- położniczy: pierwsza miesiączka wystąpiła w 13 roku życia,krwawienia zazwyczaj regularnie co 30 dni, trwające 7-10 dni, bardzo obfite, z towarzyszącymi silnymi bólami na początku. Często pojawiają się plamienia śródcykliczne. Ostatnia miesiączka według relacji pacjentki wystąpiła 13 dni temu i nie występowały żadne niepokojące zaburzenia. Pacjentka była 4-krotnie w ciąży, 4 razy rodziła, nie roniła. Wszystkie porody odbyły się w terminie, drogami i siłami natury. Dzieci żyją, są zdrowe, dwoje jest pod opieką matki, pozostałe przebywają w rodzinie zastępczej. Pacjentka utrzymuje, iż nie jest w ciąży, gdyż regularnie miesiączkuje, a zmiany proporcji ciała tłumaczy złą dietą i nieprawidłowym trybem życia.

Badanie przedmiotowe: RR- 87/55 mmHg, HR-100 ud./min., temperatura ciała 36°C, wzrost-160 cm, waga-52 kg, wskaźnik BMI-20,3, stan odżywienia-niewłaściwy, higiena-niewłaściwa, skóra-wiotka, niesprężysta, odwodniona, blada, obrzęków i żyłaków nie stwierdzono, uzębienie-niepełne próchnica, układ oddechowy-oddech przyspieszony, szmery pęcherzykowe w normie, czynność serca-przyspieszona, gruczoły piersiowe-powiększone,

obserwuje się wydzielinę z gruczołów piersiowych, węzły chłonne- niebadalne, kończyny- zasinienie palców, oziębienie obwodowe, wzrok-prawidłowy, słuch-prawidłowy, stan neurologiczny-pacjentka splątana, utrudniony kontakt, stan psychiczny-zobojętnienie.

W badaniu położniczym stwierdzono: owłosienie łonowe-typ kobiecy, prawidłowe, srom-bez zmian, prawidłowy, wargi sromowe większe-przekrwione, mniejsze-prawidłowe, pochwa i przedsionek-widoczna stara blizna po nacięciu krocza, wydzieliną z pochwy-krwawienie z ujścia szyjki macicy, krocze-niskie, trzon macicy-odpowiada tygodniowi ciąży, napięcie macicy-regularna czynność skurczowa, pęcherz płodowy-zachowany, szyjka macicy-skrócona, kanał drożny, tętno płodu- brak, ruchy płodu-brak, położenie płodu-główkowe, ustawienie płodu-lewe, część przodująca-główka, nie ustalona, balotująca nad wchodem, miednica kostna o wymiarach prawidłowych.

W trybie nagłym, o godz. 3.00 pacjentkę przyjęto do bloku porodowego z rozpoznaniem wstrząsu spowodowanego krwotokiem z dróg rodnych. Czynność skurczowa mięśnia macicy regularna, skurcze występują co 5minut. Przy przyjęciu nie wysłuchano tętna płodu. Wykonano szereg badań laboratoryjnych oraz USG. Stwierdzono wewnątrzmaciczne obumarcie płodu, łożysko przedwcześnie oddzielające się z wytworzeniem krwiaka pozałożyskowego i towarzyszącą niedokrwistością. Stan ogólny: RR-88/64 mmHg, HR-100 ud./min., powłoki skórne blade.

Badania: WBC-13,11 $10^3/uL$; RBC-1,87 $10^6/uL$, HGB-5,7 g/dL; HCT-17,7%; MCV-106,0 fL; MCH-34,1 pg; MCHC-32,2 g/dL; PLT-159 $10^3/uL$; K-4,43 mmol/L, Na-134 mmol/L, PT-131 sek; INR-0,86; Fibrynogen-307 mg%, APTT-32,7 sek; R-1,09; D-dimery-2,07 ug/ml, grupa krwi-„O” Rh+ (dodatni).

W badaniu wewnętrznym stwierdzono skróconą szyjkę macicy w położeniu centralnym, rozwarcie 1cm, część przodująca na wysokości -1,5 w stosunku do linii „O”. Obserwowano krwawienie miernego stopnia.

USG-cięża pojedyncza, martwa. Położenie płodu podłużne główkowe, ustawienie I. Łożysko II^odojrzałości na przedniej ścianie macicy, oddzielone od ściany macicy. Morfometria płodu: FW-2400g, AFI-norma, SAW-340, struktury wewnątrzczaszkowe przemieszczone, serce- niewidoczne, pęcherz moczowy-niewidoczny.

O godzinie 9.40 w badaniu wewnętrznym stwierdzono 3 cm rozwarcie szyjki macicy, odpłynęły czyste wody płodowe, część przodująca na wysokości -1,0 w stosunku do linii „O”. Na zlecenie lekarza pacjentce przetoczono 10j. FFP oraz 8 j. KKCz. W związku z nieefektywną czynnością skurczową podłączono pompę infuzyjną z 10 j. oksytocyny w 500 ml 0,9% NaCl. Dopochwowo podano 2 tabletki preparatu Cytotec, po 2 godzinach kolejną

dawkę. W związku z nasileniem dolegliwości bólowych zastosowano niefarmakologiczne sposoby łagodzenia bólu. O godzinie 12.25 w badaniu wewnętrznym stwierdzono pełne rozwarście szyjki macicy. O godzinie 12.32 odbył się poród martwego płodu płci męskiej, masy ciała 2700g, długości 50cm, o obwodzie głowy-31 cm i klatki piersiowej-30cm. Krocza nie nacinano. Łożysko o powierzchni pokrytej licznymi krwinkami, niekompletne. Wykonano rewizję jamy macicy w celu usunięcia resztek łożyskowych. Po porodzie popłodu podano 5j. oksytocyny i.v. oraz 1amp.meterginyi.m.

Stan pacjentki po porodzie (godz. 13.00): RR-115/80 mmHg, HR-72 ud./min., temperatura ciała-35,4⁰C, samopoczucie dobre, stan macicy-obkurczona, krwawienie-mierne. Badania godz. 17.40: WBC-11,42 10³/uL; RBC-2,99 10⁶/uL, HGB-9,7 g/dL; MCV-96,3 fL; HCT-28,8%; MCH-32,4 pg; MCHC-33,7 g/dL; PLT-114 10³/uL; Cl- C-108 mmol/L, K-C-5,10 mmol/L, Na-C-136 mmol/L, TP-5,4 g/dL.

Następniej doby stan ogólny położnicy określono jako dobry, parametry stanu ogólnego w normie. Macica obkurczała się prawidłowo. Odchody z dróg rodnych śluzowo-krwiste, mierne. Ze względu na poród płodu martwego laktacja została zahamowana, zlecono Bromergon 2x1tabl. p.o. Pacjentka na własne życzenie wypisała się do domu z zaleceniami: kontrola w poradni K za 4 tygodnie, kontrola morfologii krwi za 14 dni, wypisano receptę na Amotaks w dawce 3x0,5 g 1 op., Bromergon 2x1 tabl., Tardyferon Fol-1x1 tabl. 1op.

Plan opieki pielęgniarskiej

Z powodu bezpośredniego zagrożenia życia spowodowanego krwotokiem i wstrząsem prowadzono intensywny nadzór: obserwowano stan ogólny pacjentki (pomiar RR, HR co 15 min.) oraz dokumentowano pomiary: RR-87/55 mmHg, HR-74ud./min., obserwowano rodzącą pod kątem wystąpienia zaburzeń narządowych, założono obwodowydostęp do naczynia żylnego (rozmiar 17G), na zlecenie lekarza podano płyny (500 ml 0,9%NaCl, 500ml PWE) oraz pobrano krew do badań laboratoryjnych (grupa krwi, elektrolity, układ krzepnięcia, morfologia). Oceniane parametry świadczyły o hipowolemii. Obserwowano nasilone krwawienie z dróg rodnych. Na zlecenie lekarza pobrano krew na próbę krzyżową, przetoczono 10 j. KKCz oraz 6 j. FFP-podłączono krew zgodną grupowo („0” Rh + (dodatni) w obecności lekarza-próba biologiczna ujemna.Stale kontrolowano szybkość przepływu, pacjentkę obserwowano pod kątem reakcji wstrząsowej, oceniano zabarwienie powłok skórnych i błon śluzowych, na zlecenie lekarza pobrano krew do badań laboratoryjnych (morfologia, układ krzepnięcia).

Z powodu braku postępu w I okresie porodu na zlecenie lekarza podłączono dożylny wlew 10j. oksytocyny w 500ml 0,9% NaCl (pompa infuzyjna), przepływ początkowy 3ml/godz. Monitorowano czynność skurczową mięśnia macicy przy pomocy KTG z zastosowaniem wyłącznie peloty TOCO, prowadzono ciągłą obserwację stanu rodzącej, kontrolowano efektywność prowadzonej stymulacji, badaniem wewnętrznym oceniano postęp porodu, na zlecenie lekarza założono 2 tabletki preparatu Cytotec dopochwowo, po 2 godz. dawkę powtórzono uzyskując postęp porodu.

Z powodu silnych dolegliwości bólowych spowodowanych czynnością skurczową mięśnia macicy stosowano niefarmakologiczne sposoby ich łagodzenia: masaż okolicy krzyżowej kręgosłupa, pomoc w zmianie pozycji ułożeniowej, obserwowano i dokumentowano parametry stanu ogólnego.

Ze względu na ryzyko wystąpienia krwotoku poporodowego spowodowane niekompletnym popłodem, na zlecenie lekarza podano 5j. oksytocyny i.v. oraz 1 amp. Meterginy i.m., kontrolowano stopień obkurczenia i wysokość dna macicy (dno na wysokości pępka), przygotowano zestaw narzędzi do kontroli jamy macicy, asystowano do instrumentalnej kontroli jamy macicy, obserwowano krwawienie z dróg rodnych (ilość, jakość) oraz dokumentowano wyniki, zastosowano okład z lodu na powłoki brzuszne, kontrolowano stan ogólny, przewieziono pacjentkę na oddział poporodowy.

Ze względu na ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych podawano na zlecenie lekarza preparaty heparyny frakcjonowanej (Clexane 40 mg s.c.), zastosowano terapię ułożeniową (zmiana pozycji ciała co 2 godz., wyższe ułożenie kończyn dolnych oraz wprowadzono ćwiczenia usprawniające).

Ze względu na konieczność zablokowania laktacji oraz możliwość wystąpienia zapalenia gruczołu piersiowego podano Bromergon 2x1 na dobę p.o., kontrolowano stan gruczołów piersiowych, stan ogólny pacjentki, edukowano pacjentkę w zakresie objawów wskazujących na rozwinięcie się stanu zapalnego piersi.

Ze względu na obniżony nastrój psychiczny położnicy wynikający z urodzenia martwego dziecka umożliwiono konsultację z psychologiem iduchownym, stworzono przyjazną atmosferę sprzyjającą poczuciu bezpieczeństwa, udzielono wyczerpujących informacji dotyczących postępowania po porodzie i dalszych badaniach diagnostycznych, umożliwiono kontakt z bliskimi.

Z powodu braku wiedzy z zakresu samopielęgnacji i samoopieki po wyjściu ze szpitala przeprowadzono edukację pacjentki na temat działań pielęgnacyjnych i utrzymania prawidłowej higieny oraz odżywiania się w okresie połogu, zachęcono do rezygnacji z nałogu

tytoniowego wskazując jego szkodliwość, poinformowano o kontynuacji opieki w środowisku domowym przez położną rodzinną.

PODSUMOWANIE

W okresie ostatnich dwudziestu lat znacznie wzrosła jakość opieki świadczonej kobietom ciężarnym. Stan ten doskonale obrazują wskaźniki częstości martwych urodzeń [23]. Zgony wewnątrzmaciczne przyczyniają się dowzrostuliczby zgonów w okresie okołoporodowym. Wpływa na to wiele czynników, ale jednym z najważniejszych jest zależność między zdrowiem matki (występowanie chorób współistniejących, otyłość, nałogi, wiek), jakością świadczonej opieki, warunkami życiowymi (niski status socjoekonomiczny) i podwyższonym ryzykiem urodzenia martwego płodu [6,24].

WNIOSKI

1. Badania prenatalne są nowoczesnym postępowaniem diagnostycznym wpływającym na wykrycie czynników ryzyka wewnątrzmacicznego obumarcia płodu.
2. Niski status socjoekonomiczny kobiet, nałogi, choroby współistniejące oraz zaawansowany wiek zwiększają odsetek ciąż obumarłych w zaawansowanym wieku ciążowym.
3. Ważnym czynnikiem wzrostu ryzyka wewnątrzmacicznych zgonów płodów są czynniki łożyskowe.
4. Sposób postępowania w przypadku ciąży obumarłej powinien uwzględniać przede wszystkim dobro pacjentki.
5. Opieka nad ciężarną/rodzącą z ciążą obumarłą powinna skupiać się na zapewnieniu profesjonalnej opieki, wsparcia, zaufania, edukacji w zakresie badań diagnostycznych oraz postępowania pielęgnacyjnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Zareba- Szczudlik J., Romejko-Wolniewicz E., Malinowska-Polubiec A., Ahmed S., Świetlik A., Czajkowski K.: Analiza czynników ryzyka zgonów wewnątrzmacicznych płodów. *PerinatolNeonatolGinekol.* 2009, 2, 203-207.

2. Rzepkowska-Misiak B., Krekora M., Wieczorek A., Krasomski G., Pietrzak Z.: Analiza przyczyn śmierci wewnątrzmacicznej płodów w materiale własnym. *Gin PolMed Proj.* 2012, 1, 43-49.
3. Jaworski S.: Ciąża obumarła (graviditasobsoleta) [w:] *Położnictwo i ginekologia*, Bręborowicz G.H. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010, 1, 146-151.
4. Zgon wewnątrzmaciczny oraz doświadczenie straty ciąży - wytyczne postępowania. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *Med Prakt Ginekol Położ.* 2007, 4, 42-48.
5. Zgon wewnątrzmaciczny w zaawansowanej ciąży i poród martwego płodu – część I. Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists nr 55, październik 2010. *Med Prakt Ginekol Położ.* 2011, 3, 47-62.
6. Milart P.: Obumarcie płodu [w:] *Medycyna matczyno-płodowa*. Bręborowicz G.H. (red.). PZWL, Warszawa, 2012, 75-81.
7. Kornas- Biela D.: Niepomysłna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów. *Med Prakt Ginekol Położ.* 2008, 4, 15-27.
8. Barton-Smoczyńska I.: O dziecku, które odwróciło się na pięcie. *NAF, Łomianki* 2006.
9. Bielan Z., Machaj A., Stankowska I.: Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. *Seksuol Pol.* 2010, 1, 41-46.
10. Zgon wewnątrzmaciczny w zaawansowanej ciąży i poród martwego płodu – część III. Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists nr 55, październik 2010. *Med Prakt Ginekol Położ.* 2011, 3(73), 47-62.
11. Łuczak-Wawrzyniak J., Czarnecka-Iwańczuk M., Bukowska A., Konofalska N.: Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. *Ginekol Pol.* 2010, 5, 374-377.
12. Zielińska E.: Współczesne wskazania medyczne do terminacji ciąży z powodu wad i chorób płodu w świetle obowiązującego prawa. Sytuacja prawna badań prenatalnych w Polsce. *Stand Med.* 2008, 5, 523-529.
13. Respondek-Liberska M.: Diagnostyka płodu a terminacja ciąży w odniesieniu do wybranych wad płodu-letalnych. *Stand Med.* 2008, 5, 530-536.
14. Wroński K., Bocian R., Dziki Ł., Depta A., Cywiński J., Dziki A.: Czy każda kobieta w ciąży powinna mieć swobodny dostęp do badań prenatalnych? Prawne aspekty wykonywania badań prenatalnych w Polsce. *Med Rodz.* 2009, 1, 2-10.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są

- przeprowadzane. Załącznik nr 3. Na podstawie art. 27 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135)
16. Wroński K., Bocian R., Cywiński J., Dziki A.: Prawo do badań prenatalnych. *Ginekol Prakt.* 2009, 1, 31-35.
 17. Sterkowicz S.: Twarde prawo ale martwe, problemy aborcji, antykoncepcji i demografii w Polsce. *Gab Pryw.* 2007, 1, 64-69.
 18. Wroński K., Bocian R., Cywiński J., Dziki A.: Prawo do przerywania ciąży. *Ginekol Prakt.* 2008, 3, 42-46.
 19. Biesaga T.: Etyka w medycynie. Spór o moralny status człowieka w okresie prenatalnym. *Med Prakt Chir.* 2007,5, 104-108.
 20. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. *Dz.U.* 1993 nr 17 poz. 78.
 21. Eller A., Byrne J., Branch W.: Zgon wewnątrzmaciczny w terminie porodu. *Med Prakt Ginekol Położ.* 2007,4. 86-89.
 22. Zgon wewnątrzmaciczny w zaawansowanej ciąży i poród martwego płodu – część II. Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists nr 55, październik 2010. *Med Prakt Ginekol Położ.* 2011, 4, 11-21.
 23. Troszyński M.: Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków w latach 1999-2008 w Polsce. *Med Wieku Rozw.* 2010, 2, 130-137.
 24. Troszyński M., Maciejewski T., Wilczyńska A., Banach B.: Przyczyny martwych urodzeń i zgonów noworodków w Polsce w latach 2007-2009. *Ginekol Pol.* 2011, 8, 598-601.