Placenta previja i aktivnosti primalje u nadzoru trudnice

Dernaj, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:328038

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-26**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVA

Maja Dernaj

PLACENTA PREVIJA I AKTIVNOSTI PRIMALJE U NADZORU TRUDNICE

Završni rad

Split, 2017.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVA

Maja Dernaj

PLACENTA PREVIJA I AKTIVNOSTI PRIMALJE U NADZORU TRUDNICE

PLACENTA PREVIA AND ACTIVITIES OF MIDWIVES IN MONITORING OF PREGNANT WOMAN

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc.dr.sc. Marko Mimica, dr.med.

Split, 2017.

SADRŽAJ

1. UVOD 3

1.1. Implantacija 4

1.2. Posteljica 5

1.2.1. Majčin dio posteljice 5

1.2.2. Fetalni dio posteljice 6

1.2.3. Rani uteroplacentni optjecaj krvi 6

1.2.4. Funkcije posteljice 7

1.3. Promjene posteljičnog tkiva 7

1.3.1. Promjene oblika posteljice 7

1.3.2. Promjene sijela posteljice 8

1.3.3. Promjene implantacije posteljice 8

2. CILJ RADA 9

3. RASPRAVA 10

3.1. Placenta previja 10

3.1.1. Uzroci placente previje 11

3.1.2. Incidencija 11

3.1.3. Čimbenici rizika 11

3.1.4. Podjela placente previje 12

3.1.5. Klinička slika 13

3.1.6. Dijagnostika placente previje 14

3.1.7. Liječenje 15

3.1.8. Ambulantno praćenje 16

3.1.9. Primjena tokolitika u trudnica sa nasjelom posteljicom 17

3.1.10. Porođaj 17
3.1.11. Treće porođajno doba kod placente previje 18
3.1.12. Majčine komplikacije pri nasjeloj posteljici 18
3.1.13. Neonatalne komplikacije 19
3.2. Primaljska skrb 19
3.2.1. Antenatalna zaštita 20
3.2.2. Perinatalna zaštita 21
3.2.3. Seksualnost u trudnoći i placenta previja 21
3.2.4. Aktivnosti primalje u nadzoru trudnice 22
3.2.5. Priprema rodilje sa placentom previjom za carski rez 24
3.2.6. Proces primaljske skrbi 26
3.2.6.1. Primaljske dijagnoze kod trudnice sa placentom previjom 27
3.2.6.2. Ciljevi primaljske skrbi 28
3.2.6.3. Primaljske intervencije 28
4. ZAKLJUČAK 30
5. SAŽETAK 31
6. SUMMARY 32
7. LITERATURA 33
8. ŽIVOTOPIS 36

1. UVOD

Tijekom embrionalnog razvoja kao rezultat oplodnje nastaju embrij, odnosno fetus, i sekundine, tj. posteljica i plodovi ovoji. Plodove ovojnice (*velamenta*) obavijaju zametak i plod. To su amnion i korion. „Amnion je unutrašnja ovojnica koja okružuje amnijsku šupljinu (*cavum amnii*), a građena je od stanica – amniocita.“ Korion (*chorion*) je vanjska ovojnica, nastala od trofoblasta. Građena je od glatkoga dijela (*chorion laeve*) te resičastoga dijela (*chorion frondosum*). Spajanjem amniona i koriona nastaje amniokorionska ovojnica, odnosno vodenjak.

Posteljica (*placenta*) formira se od osmoga do dvanaestoga tjedna, dok konačan oblik dobiva otprilike šesnaestoga tjedna trudnoće. Građena je od fetalnog i majčinskog dijela, a u terminu poroda je četiri petine njezina tkiva fetalnog podrijetla. Na fetalnoj strani nalazi se hvatište pupkovine (*insertio funiculi umbilicalis*) dok maternalnu stranu čine septa placente, što su pretinci koji omeđuju režnjeve (*cotyledonis*) i ima ih 16 – 20, zatim bazalna ploča koja je građena od decidue bazalis i Nitabuchova fibrinoida, koji sprječava uraštanje korijalnih resica dublje u stijenku maternice i intervilozni prostori. (1).

Posteljica raste povećanjem broja stanica (hiperplazijom) i povećanjem volumena već nekih stvorenih stanica (2). Zrela posteljica ima diskoidan ili okrugao oblik (*placenta discoidalis*), teži 500 – 600 grama, a debljina joj iznosi oko 3 centimetra (1). Normalno posteljično sijelo je visoko u fundusu na prednjoj ili stražnjoj stijenci maternice (3). Različiti čimbenici uvjetuju sijelo na drugim mjestima, najčešće promijenjeno sijelo nalazimo u nižim dijelovima maternice. Takvi položaji otežavaju ili pak onemogućuju u potpunosti djetetov prolazak kroz porođajni kanal te se to naziva nasjela posteljica (*placenta praevia*). Posteljica je organ koji nastaje sjedinjenjem tkiva majke i fetusa (4). Njezin normalan razvoj je preduvjet normalnoga razvoja trudnoće u čovjeka. Proces placentacije zapravo je uspostava dvaju krvotočnih sustava: interviloznog i fetalnog.

Unutrašnja okolina trudne maternice, decidua, jest endometrij posebno prilagođen potrebama trudnoće, a odbacuje se nakon porođaja. U ranoj fazi trudnoće, decidua je najintimnije u dodiru s plodom. Ona mora ograničiti dubinu invazije trofoblasta i hraniti embrij (5).

Posteljica je privremeni i povremeni organ sa vrlo važnim funkcijama: hormonskom, imunološkom, nutritivnom, ekskrecijskom i respiracijskom. Fetus, amnijska tekućina i posteljica tvore nedjeljivu, funkcionalnu jedinicu poznatu pod nazivom fetoamnijskoplacentarna jedinica (1).

1.1. Implantacija

Implantacija nije trenutačno zbivanje već je slijed događaja preprogramiranih ljudskim genomom (5). Sredinom lutealne faze menstruacijskoga ciklusa stanice endometrija koje su decidualno promijenjene izlučuju hranjive sastojke koje su potrebne za prehranu zametka prije nastupa implantacije. Zametak u maternicnu šupljinu ulazi oko 100 – 120 sati nakon oplodnje, u stadiju morule ili rane blastociste. Nakon ulaska u materište, zametak pluta u sluzavom omotaču endometrija tijekom dva do tri dana, te se razvija u blastocistu, koja je građena od šupljine (blastocela), okružene jednim slojem stanica trofoblasta. Na jednome se kraju blastociste nalazi embrijski čvorić iz kojega se naknadno razvija embrij, dok će se od trofoblasta kasnije razviti posteljica. Nešto prije implantacije dolazi do izlijeganja zametka što omogućuje kontakt priležeće decidue i trofoektoderma (6). Ugnježdenje (implantacija, nidacija) zametka obavlja se u tri faze:

1. apozicija;
2. adhezija i
3. invazija.

Mjesto implantacije najčešće je u prednjoj ili stražnjoj stijenci gornjega segmenta maternice u blizini neke od manjih kapilara. Opisani proces biohumoralnih zbivanja reguliraju laminin, integrin i fibronektin (adheziju) te enzimi kolagenaza i aktivatori plazminogena koji omogućuju penetraciju (invaziju) trofoblasta u sluznicu maternice (endometrij). Ubrzo se diferenciraju dva sloja trofoblasta. To su vanjski sloj ili sinciciotrofoblast i unutrašnji sloj koji se sastoji od mononuklearnih stanica ili

citotrofoblast. Tako invazijom citotrofoblasta u spiralne arterije majke započinje hemoplacentarna cirkulacija (oko 12–tog dana trudnoće) koja će trajati do porođaja (7).

1.2. Posteljica

„Normalan razvoj posteljice preduvjet je normalnoga razvoja trudnoće u čovjeka“ (5). Placenta je privremeni i povremeni vitalni reprodukcijski organ sastavljen od majčine (*decidua basalis* - endometrij) i fetalne sastavnice (tercijarne korionske resice; 7). Razvoj posteljice počinje trenutkom oplodnje jajne stanice (8). Građena je od dva dijela: majčinoga i fetalnoga (7).

1.2.1. Majčin dio posteljice

Majčin dio posteljice (*pars materna*) nalazi se uz stijenku maternice te je građen od triju dijelova:

1. bazalne ploče;
2. septa placente i
3. interviloznih prostora (7).

Endometrijske stanice tijekom implantacije poprimaju sekrecijske osobine (decidua stanice) te sadržavaju mnogo lipida i glikogena (9). Bazalna je ploča građena od decidue bazalis i specifičnog Nitabuchova fibrinoida koji sprječava urastanje korionskih resica dublje u miometrij. Septa placente omeđuju posteljične režnjeve (kotiledone), a kojih ima od 16 – 20. Oni su građeni od režnjića ili lobulusa (oko 80), a nazivaju se placentomima (funkcionalne jedinice posteljice).

Kotiledoni primaju krv iz 80 – 100 spiralnih arterija, koje prodiru kroz bazalnu ploču u intervilozne prostore te pod jakim tlakom u pravilnim vremenskim razmacima i u mlazu (engl. *jet circulation*) oplakuju brojne resice oksigeniranom krvlju.

Nakon što tlak padne, krv se ponovno vraća od korionske prema bazalnoj ploči, zatim ulazi u vene endometrija i majčin krvni optok (7).

1.2.2. Fetalni dio posteljice

Fetalni dio (*pars foetalis*) građen je od trofoblasta koji tvori korijalno tkivo. Trofoblast je građen od vanjskoga sloja ili sinciciotrofoblasta i unutrašnjega ili citotrofoblasta koji se još naziva i Langhansov sloj stanica. Od 24.do 25. dana nakon oplodnje već spomenute stanice trofoblasta tvore primarne korijalne resice (*villi choriales*) u koje urasta mezenhim, pa nastaje sekundarna resica, a uraštanjem kapilare nastaje tercijarna, funkcionalna korionska resica.

Glavni dio fetalne strane tvori korionska ploča (*membrana chorii*) izgrađena upravo od korijalnih resica, a pokriva je epitel amnija i korion. Korionske resice čine kotiledone koji stvaraju parenhim posteljice i tako čine nevidljivu cjelinu (7). Na fetalnoj, sjajnoj strani posteljice vidi se hvatište pupkovine (9).

1.2.3. Rani uteroplacentni optjecaj krvi

Sinciciotrofoblast se devetog dana razvoja radijalno širi po stromi endometrija. Pojedinačne vakuole koje se međusobno spajaju unutar sincicija čine lakunarni trofoblast. Dvanaestoga dana trofoblast dosegne kompaktnu zonu endometrija te prodire kroz stijenku majčinih kapilara, koje su proširene i sinusoidnog su oblika. Kapilare se postupno i u sve većem broju otvaraju u lakune koje se pune majčinom krvlju, što predstavlja začetak uteroplacentarne cirkulacije (10).

U interviloznim prostorima nalazi se krv majke, a u krvnim žilama resica nalazi se krv djeteta. Kako bi posteljica odgovorila sve većim potrebama ploda, ona se strukturno mijenja i to upravo na razini uteroplacentarne membrane, koja iz mjeseca u mjesec biva sve “tanja”. Time je ostvaren bliz, gotovo neposredan kontakt između krvnog optoka majke (intervilozni prostori) i krvnog optoka djeteta (stroma resica) (8).

Placentarni krvotok sastoji se od majčinog i fetalnog i održava se razlikom tlakova krvi. Izmjena kisika, ugljičnog dioksida, svih hranjivih tvari i otpadnih tvari fetalnog metabolizma obavlja se između interviloznog prostora i intraviloznog fetalnog prostora, kroz hemokorionsku membranu (2).

1.2.4. Funkcije posteljice

Posteljica je novi organ, koji se stvara nakon oplodnje, vezivno je epitelne strukture. Osim što omogućuje prijelaz kisika i hranjivih tvari fetusu od strane majke i izlučivanje otpadnih tvari metabolizma od fetusa majki, također proizvodi niz hormona, neke potpuno nove, a neke koje organizam proizvodi i izvan trudnoće. Navodi se i imunološka funkcija posteljice, odnosno promjene imunološkog stanja trudnoće i stvaranje imunološke pregrade između majke i ploda, koja omogućuje da se fetus kao alotransplantat razvija (2).

1.3. Promjene posteljičnog tkiva

Promjene tkiva posteljice dijelimo u tri skupine:

1. promjene oblika;
2. promjene sijela ili položaja;
3. promjene implantacije (4).

1.3.1. Promjene oblika posteljice

Polovinu svih morfoloških promjena čine promjene oblika posteljice. Nazivi tih promjena u većini slučajeva opisuju o kakvoj promjeni je riječ. Neke od njih su:

- *placenta anularis* - posteljica u obliku prstena;
- *placenta membranacea* - mjestimice stanjena posteljica;
- *placenta circumvalata* - polazište ovojnica je zadebljano i udaljeno više od 3 mm od ruba;
- *placenta bipartita* - jasno podijeljeni režnjevi posteljičnog tkiva;
- *placenta succenturiata* - manja posteljica povezana krvnim žilama s glavnom (4).

1.3.2. Promjene sijela posteljice

Normalno sijelo posteljice je straga nešto ispod fundusa. Različiti uzroci uvjetuju sijelo posteljice na drugim mjestima, koje uglavnom nalazimo u nižim dijelovima maternice. U ovu skupinu pripada *placenta praevia* (4). U ovom slučaju ona prethodi djetetu te mu stvara zapreku pri prolasku kroz porođajni kanal (3).

1.3.3. Promjene implantacije posteljice

Dubljem ugnježdenju posteljice pridonose stanja poput nedostatka bazalne decidue, nasjele posteljice, ranijih kiretaža, ranijih porođaja carskim rezom, manualne ekstrakcije posteljice u prethodnoj trudnoći, mioma i slično.

Ovdje pripadaju *placenta accreta partialis* ili *totalis, placenta increta, placenta percreta* (4).

2. CILJ RADA

Cilj ovoga rada jest prikaz uloge primalje u edukaciji i aktivnostima koje provodi u zbrinjavanju trudnice sa placentom previjom s osvrtom na znanje i aktivnosti koje trudnica treba usvojiti tijekom edukacije. Također, ovaj rad će prikazati važnost primalje u nadzoru trudnice.

3. RASPRAVA

3.1. Placenta previja

Placenta praevia dolazi od latinske riječi *praevius, -a, - um* = onaj koji prethodi (11). Najteže i najozbiljnije krvarenje na kraju trudnoće i u početku poroda je krvarenje zbog nisko nasjele posteljice, tj. posteljica se čitava ili djelomice nalazi u donjem uterinom segmentu (12). No, u nekim slučajevima posteljica i ne mora doseći otvor unutarnjeg ušća. Placenta previja ima atipično, odnosno pogrješno sijelo (3).

Prema stupnju nasjelosti placenta previja dijeli se na marginalnu, parcijalnu, totalnu te nisko sijelo posteljice. Taj dio maternice nema kontrakcijske sposobnosti, već se samo rasteže i širi što ima za posljedicu odlupljivanje placente, otvaranje uteroplacentarnih krvnih žila i ovisno o dimenziji tih promjena krvarenje je različita intenziteta (12). Posteljica se odljušćuje prerano onim segmentom koji stoji na putu plodu koji se rađa (11).

Nastaje krvarenje iz područja odlupljenog režnja jer su resice toga područja istrgnute iz bazalne decidue, a intervilozni prostori su otvoreni (3). Krvarenje može početi oskudno, pa se pojačava pri svakom sljedećem nastupu, no može i u početku biti obilno. Krv je tekuća i svijetlocrvene je boje. Može doći i do vrlo obilnoga krvarenja s hemoragijskim šokom pa sve do akutne životne ugroženosti trudnice (12). Placenta previja je neovisan čimbenik rizika za hemoragični šok majke (13). Krv koja otječe kod placente previje uglavnom je majčina, ali nerijetko se kod odljuštenja režnja placente rastrgaju i žile fetalnoga dijela placente (krvne žile resice, placentarne krvne žile) pa tada teče i dječja krv. To vrijedi za placentu previju pa tako i za prijevremeno odlupljenje normalno nasjele posteljice.

Pojačavanjem trudova se sve veći dio posteljice odlupljuje od unutrašnje stijenke donjeg uterinog segmenta. Postaju li trudovi bolji i ukoliko se nastavlja otvaranje ušća zbog previje se mora pojačavati i krvarenje.

Leži li posteljica pravilno, u području fundusa, u normalnim okolnostima tijekom trudnoće i porođaja placenta se ne odlupljuje prije porođaja djeteta (3).

3.1.1. Uzroci placente previje

Uzrok placenti previji u prvom je redu manje vrijedan funkcionalni sloj endometrija koji se nedovoljno decidualno transformira (brojni učestali porodi, kiretaže). Drugi uzroci su primjerice, anomalije u senzibilnosti maternice i ubrzani transport jajašca, koji također mogu biti uzrok bolesti (12). Također, uzrok može biti i preniska nidacija zigote (14).

Danas je pojavnost placente previje nešto češća zbog povećanja broja carskih rezova i brojnih drugih zahvata na maternici. Kod trudnica sa placentom previjom pronađe se dvostruko više fetalnih anomalija, napose središnjeg živčevlja, kardiovaskularnih i respiracijskih anomalija (7).

3.1.2. Incidencija

Od 16. do 20. tjedna pojavljuje se u oko 5,3% slučajeva i smatra se prolaznom zbog rasta maternice i povlačenja posteljice prema gornjemu segmentu maternice (tzv. *placenta migrans*), dok je u III. tromjesečju pojavnost od 0,25 do 0,58 %.

Danas je nešto češća pojavnost placente previje, upravo zbog povećanja broja carskih rezova i drugih zahvata na maternici (7).

Incidencija nasjele placente u različitim se istraživanjima kreće između 0,3 i 0,8 % trudnoća, a prisutne varijacije objašnjavaju se raznolikošću populacija koje se istražuju (15).

3.1.3. Čimbenici rizika

Nastanak nasjele posteljice dovodi se u vezu s uznapredovalom dobi majke koja ima neovisan utjecaj bez obzira na druge potencijalne rizične čimbenike. Žene sa 34 godine i više imaju dva do tri puta veći rizik nastanka nasjele posteljice, nego žene mlađe od 20 godina. Jedno od objašnjenja bi mogao biti smanjen dotok krvi u placentu kao posljedica sklerotičnih promjena na intramiometrijalnim krvnim žilama čiji se postotak progresivno povećava s dobi majke.

Oštećenje sluznice endometrija i miometrija bitan je čimbenik rizika nastanka nasjele posteljice. Također, rizik je dvaput veći u žena koje su imale jedan ili više spontanih ili induciranih pobačaja te dva do pet puta veći kod prethodnog carskog reza. Taj rizik ima tendenciju porasta i sa povećanjem broja prethodnih carskih rezova.

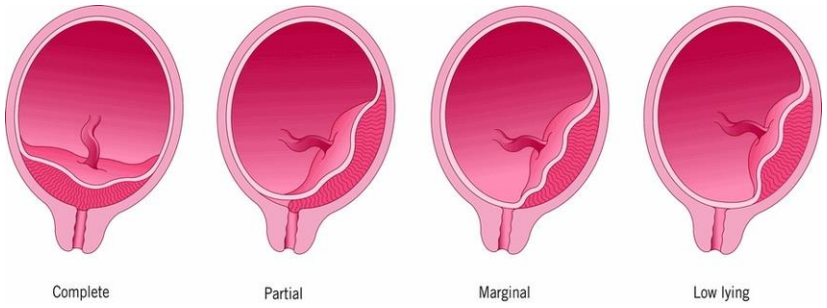
Broj prethodnih trudnoća, kao i broj prethodnih porođaja, neovisno o načinu dovršenja, u nekim se istraživanjima pokazao kao bitan rizični čimbenik (15).

Na temelju opservacijskih studija postoji i dovoljno dokumenata da je pušenje tijekom trudnoće znatno povezano sa povećanim rizikom od placente previje. Dakle, pušenje tijekom trudnoće se može smatrati kao prediktor za nastanak placente previje (16). Konzumacija kokaina dovodi do 4,5 puta većeg rizika od placente previje (15).

Od ostalih potencijalnih čimbenika u obzir se uzima i pripadnost različitim etničkim skupinama. Najveća prevalencija međunarodno je u Azijatkinja, a iznosi 12,2 na 1000 trudnoća, što znači da žene azijskog podrijetla imaju dva puta veći rizik u usporedbi sa ženama neazijskog podrijetla (17).

3.1.4. Podjela placente previje

1. **Totalna placenta previja:** posteljica u potpunosti prekriva unutarnje cervikalno ušće (15). Leži li pri tome sredina placente iznad unutarnjeg ušća, što se može ustanoviti nakon porođaja, riječ je o placenti previji centralis (3).;
2. **Parcijalna placenta previja:** posteljica rubom prelazi unutrašnje ušće cerviksa i dijelom ga prekriva;
3. **Marginalna placenta previja:** posteljica rubom doseže unutarnje cervikalno ušće, ali ga ne prelazi;
4. **Nisko sijelo posteljice:** posteljica smještena nisko u donjem uterinom segmentu, ali ne doseže rub unutarnjega cervikalnog ušća (15).



Slika 1. Placenta previja

Izvor:
https://www.google.hr/search?q=placenta+previja&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjW5eXEl_TTAhVGCMAKHY3XBq0Q_AUICigB&biw=1366&bih=662#imgrc=MB5mHsMGaAT8AM

Postoji još jedan oblik posteljice u donjem uterinom segmentu, a to je posteljica koja poput jezičca svojim rubom ulazi u cervikalni kanal (*placenta cervicoisthmica*). Zajedno sam niskim sijelom posteljice čini 50 % svih placenta previja (7).

Jasno je da posteljično tkivo prekriva sve više unutrašnje ušće što se ušće više otvara. Najbolje je izjašnjavati se o stupnju placente previje u vrijeme kada je ušće otvoreno za 3 – 4 cm (3).

Totalna placenta previja povezana je sa povećanim rizikom od krvarenja u usporedbi sa parcijalnom placentom previjom (18).

3.1.5. Klinička slika

Glavni simptom tijekom trudnoće je bezbolno vaginalno krvarenje (kardinalni simptom) koje se obično pojavljuje tijekom posljednjih mjeseci trudnoće i najkasnije za vrijeme porođaja. Ovo krvarenje uvijek nastupa prije prsnuća vodenjaka (19).

Placenta previja zauzima veći ili manji dio ulaza zdjelice i sprječava normalan položaj glavice djeteta što znači da su uz nju vezane abnormalnosti položaja djeteta.

Također se javljaju i primarno slabi trudovi, zbog izostanka pritiska na cervikalne ganglije, a mogu se javiti i atonička krvarenja u placentno doba (3).

3.1.6. Dijagnostika placente previje

Krvarenje se pojavljuje u drugoj polovini trudnoće u 2,5 % trudnica. Placenta previja uzrok je takvoga krvarenja u 20 % slučajeva. Svako krvarenje potkraj drugog i početkom trećeg tromjesečja trudnoće znači opravdanu sumnju na postojanje nasjele posteljice sve dokle god se ne dokaže suprotno.

Temelj dijagnostike nasjele posteljice je transabdominalni ultrazvuk koji se pokazao kao pouzdana metoda u većini slučajeva sa placentom previjom, a točnost mu doseže i do 96 %.

Transvaginalni ultrazvuk se pokazao kao definitivno preciznija metoda dijagnostike u određenim slučajevima stražnje placente previje smještene u donjem uterinom segmentu, kada je bilo teško procijeniti točan odnos posteljice prema unutrašnjem cervikalnom ušću. Transvaginalni ultrazvuk treba učiniti u svim nesigurnim slučajevima.

Proširena uporaba ultrazvučne dijagnostike otkrila je važan fenomen koji upozorava da je učestalost placente previje znatno veća tijekom drugog trimestra, nego u terminu, što nam želi poručiti da u stanovita broja placenti dolazi do takozvane "placentne migracije", odnosno seljenja prema fundusu uterusa. To je osobito izraženo ako je posteljica u tom razdoblju bila marginalna ili pak niskog sijela. Vjerojatnost da *placenta praevia* bude prisutna tijekom porođaja prije svega ovisi o gestacijskoj dobi u kojoj je otkrivena te o stupnju nasjele posteljice (15).

Vaginalnim palpacijskim pregledom dobiva se dojam zadebljanih "tapeciranih" svodova rodnice. Kod ušća otvorenog za dva prsta može se napipati mekano spužvasto posteljično tkivo:

- uza sam rub (placenta previja marginalis);
- djelomice prekriveno ušće (placenta previja parcijalis);

- posve prekriveno ušće (placenta previja totalis).

Palpacija treba biti oprezna i nježna zato što neposredno nakon pregleda može doći do obilnijeg krvarenja. Kod svakog krvarenja u kasnoj trudnoći primarno treba pomisliti na placentu previju te pravodobno smjestiti trudnicu u bolnicu (12).

3.1.7. Liječenje

Zahvaljujući suvremenoj dijagnostici i terapiji, maternalni morbiditet i mortalitet te perinatalni mortalitet znatno su reducirani. Svrha terapije nasjele posteljice je što više odgoditi porođaj kako bi se postigla fetalna zrelost, a da se istodobno ne ugrozi majčin ili djetetov život. U koliko se trudnoća u trenutku pojave krvarenja približila terminu te je postignuta zrelost fetalnih pluća, porođaj je apsolutno indiciran (15).

Postupak kod placente previje ovisi o sljedećim okolnostima:

- trajanje trudnoće (gestacijska dob);
- intenzitet i trajanje krvarenja;
- opće stanje trudnice (anemija i druge bolesti);
- opstetrički nalaz (širina ušća, vrsta placente previje, položaj čeda, prednjačeća čest, trudovi, vodenjak);
- stanje čeda (12).

Najveći izazov u liječenju placente previje su trudnice u kojih se prva epizoda krvarenja pojavila ranije, najčešće potkraj drugoga te tijekom trećeg trimestra trudnoće. Kod takvih trudnica mogu se očekivati ponavljane epizode krvarenja u različitim vremenskim intervalima te različita intenziteta (15).

Liječenje placente previje spada u bolnički odjel, gdje postoje mogućnosti operativnog zahvata, reanimacije, transfuzije krvi i drugo (12). Prvi korak u zbrinjavanju svake trudnice sa placentom previjom je hospitalizacija i hemodinamska stabilizacija, što uključuje procjenu gubitka krvi te stanja majke i fetusa. Važno je što

prije dobiti nalaz kompletne krvne slike te naručiti krv odgovarajuće krvne grupe. Pravodobnom primjenom tekućine te prema potrebi transfuzijom krvi postiže se stabilnost kardiovaskularnog sustava (15).

Takozvane asimptomatske nasjele posteljice ne zahtijevaju hospitalizaciju već upute o rizičnoj trudnoći, češće kontrole i prijeterminsku hospitalizaciju, kada će se dovršiti porođaj (7).

3.1.8. Ambulantno praćenje

Kako bi trudnica bila podobna za ambulantno praćenje, moraju biti ispunjeni određeni kriteriji:

1. hemodinamska stabilnost trudnice;
2. visoka motiviranost i svjesnost vlastita stanja i opasnosti koje ono nosi sa sobom;
3. spremnost pridržavanja svih uputa liječnika vezanih uz strogo ograničenje tjelesnih aktivnosti;
4. stalna podrška i pomoć od strane odgovorne odrasle osobe u slučaju ponovne pojave krvarenja;
5. 24- satna raspoloživost hitnog transporta u bolnicu.

Trudnice koje su nakon prvotne obradbe krvarenja poslane kući, imaju sličnu gestacijsku dob, tjelesnu masu novorođenčadi te učestalost neonatalnih komplikacija, kao i one koje su bile trajno hospitalizirane (15).

Ukoliko ne postoji mogućnost transporta trudnice u bolnicu, ili kod mrtvog čeda, a ušća otvorenog za najmanje dva prsta, u obzir dolazi unutrašnji okret čeda za nožicu (okret po Braxton - Hicksu) ili cijelom rukom (manualni okret). Dijete svojim okretom pritišće i tamponira posteljicu te tako sprječava krvarenje. Unutrašnjim se okretom može spasiti majka uz žrtvovanje djeteta, a danas se taj zahvat radi u suvremeno organiziranoj perinatalnoj skrbi i zdravstvenoj zaštiti (12).

3.1.9. Primjena tokolitika u trudnica sa nasjelom posteljicom

Kod trudnica sa nasjelom posteljicom i znakovima prijetećeg prijevremenog porođaja primjena tokolitika još uvijek je kontroverzna, prije svega zbog njihova potencijalnoga štetnog učinka na majku i fetus.

Trudnice sa simptomatskom placentom previjom koje primaju tokolitike imaju znatno dulje trajanje trudnoće od primitka do porođaja, što se podudara i sa statistički znatno većom tjelesnom masom njihove novoorđenčadi.

Primjena tokolitika kod trudnica sa krvarenjem u trećem trimestru nije štetna, ako se primjenjuje kontrolirano i u specijaliziranim centrima treće razine.

Terapijski se pristup sastoji od primjene β2- selektivnog simpatomimetika fenoterola (Partusisten) intravenski do prestanka krvarenja i komplikacija (15).

3.1.10. Porođaj

Pri nasjeloj posteljici porođaj se najčešće dovršava carskim rezom koji je apsolutno indiciran u svim slučajevima totalne i parcijalne nasjele posteljice. Vaginalni je porođaj moguć u određenim slučajevima marginalne i placente niskog sijela, a prije svega prednje lokalizacije, kada glavica svojim spuštanjem tamponira posteljicu i na taj način sprječava krvarenje. Carski rez može biti elektivan u slučajevima kada nema krvarenja, a da je dosegnuta gestacijska dob od 37 tjedana ili više ili je potvrđena zrelost fetalnih pluća te hitan u slučajevima teškoga krvarenja koje ugrožava život majke ne uzimajući u obzir djetetovu gestacijsku dob (15). Carski rez mora se izvršiti u najmanje 60 -70 % slučajeva placente previje radi interesa majke i djeteta.

Kod umjerenih krvarenja kod marginalne i parcijalne placente previje te ušća otvorenog najmanje 5 cm, nadalje kod djece nesposobne za život ili u krajnjem slučaju mrtve djece ukoliko život majke nije ugrožen, primjenjuje se vaginalno zaustavljanje krvarenja uz prokidanje vodenjaka, primjena sredstava za pospješenje trudova, spontani porođaj ili stavljanje vakuum ekstraktora. U izvjesnim se okolnostima mora izvršiti carski rez i kod za život nesposobnog djeteta te mrtvog djeteta, a o tome odlučuje isključivo stanje majke (3).

3.1.11. Treće porođajno doba kod placente previje

Opasnost od krvarenja kod placente ne prestaje nakon porođaja djeteta. Za treće porođajno doba karakteristična su obilna krvarenja stoga ga je važno savjesno nadzirati.

Pritiskom na odlupljeni dio posteljice kod vaginalnog porođaja, krvarenje se zaustavlja, a rođenjem djeteta kompresija prestaje. Novo krvarenje nastaje nakon što se režanj odigne od insercijske površine. Efekt zaustavljanja krvarenja najmanji je na donjem uterinom segmentu, odnosno na mjestu odakle potječe krvarenje. Stoga i nakon carskog reza i potpunog odstranjenja posteljice i dalje postoji velika opasnost od krvarenja (3).

Pospartalno krvarenje je često pa katkada treba učiniti hemostazu mjesta ležišta posteljice atraumatskim šavovima, odnosno intramiometrijskom primjenom medikamenata. Ukoliko se na taj način krvarenje ne uspije zaustaviti, a gubitak krvi je veći od 1,5 L, tada se mora učiniti podvezivanje unutarnje ilijačne arterije te u krajnjem slučaju histerektomija (15).

Prema podacima retrospektivne studije koja se provodila od listopada 2015. do rujna 2016. godine u Kini profilaktička primjena balon okluzije abdominalne aorte smanjila je krvarenje nakon carskoga reza u žena sa abnormalnom placentacijom u odnosu na žene kod kojih nije primjenjivana (20).

3.1.12. Majčine komplikacije pri nasjeloj posteljici

Znatno je veća pojavnost urasle posteljice (*placenta accreta, placenta increta* i *placenta percreta)* kod trudnica sa nisko nasjelom posteljicom, osobito ako je ona udružena sa prethodnim carskim rezom u usporedbi sa zdravim trudnicama te je u tom slučaju prisutan i značajan morbiditet.

Glavna opasnost od urasle posteljice udružene sa nasjelom posteljicom je visoka učestalost teških postpartalnih krvarenja, pospartalnih transfuzija krvi te hitnih postpartalnih histerektomija.

Žene s nasjelom posteljicom češće krvare s mjesta insercije posteljice, a glavni razlog tomu je slaba kontraktilna sposobnost donjega uterinog segmenta koji je uglavnom građen od kolagena i teško se kontrahira.

Rijetko se, srećom, viđaju teške atonije praćene hemoragijskim šokom i potrebom za hitnom histerektomijom (15).

3.1.13. Neonatalne komplikacije

Posljednjih desetak godina veliki napredak u opstetričkoj i neonatalnoj skrbi uvelike je reducirao perinatalni mortalitet vezan uz trudnoće komplicirane nasjelom posteljicom. Perinatalna smrtnost danas iznosi manje od 2 %. Placenta previja znatno pridonosi i perinatalnom morbiditetu. Neonatalne komplikacije koje se javljaju vezano uz placentu previju su:

- veća učestalost prijevremenog porođaja;
- niski Apgar indeks;
- respiracijski distres sindrom;
- anemija;
- kongenitalne malformacije (15).

3.2. Primaljska skrb

Primalja je odgovorna i pouzdana osoba koja radi u partnerstvu sa ženama da bi im pružila podršku, brigu i savjet za vrijeme trudnoće,porođaja i babinja. Njezine zadaće podrazumijevaju preventivne mjere, zatim prepoznavanje komplikacija kod majke i djeteta, traženje medicinske pomoći ili druge potrebne pomoći i provođenju mjera u slučaju opasnosti.

Primaljska se skrb provodi u suradnji sa ženama, ona je individualizirana, kontinuirana i neautoritarna. Žene trebaju imati što više kontrole u određivanju njihove

njege te ih treba poticati da budu aktivni sudionici u odlučivanju. Kada su informirane, to ih podržava i potiče da slijede vlastite instinkte te tako mogu dati aktivan doprinos u brizi za sebe i svoje dijete tijekom trudnoće, a ne da su samo u pasivnoj ulozi.

Primaljska skrb održava povjerenje i uzajamno poštovanje između primalja i obitelji. Poboljšanje zdravstvenog stanja i opuštenosti trudnice je rezultat aktivne primaljske skrbi (21).

3.2.1. Antenatalna zaštita

Antenatalna zaštita kao jedan od oblika zdravstvene zaštite podrazumijeva zaštitu trudnice i ploda tijekom trudnoće. Cilj antenatalne zaštite je provođenje preventivnih i kurativnih mjera da bi se osiguralo zdravlje trudnice i da bi se trudnoća završila rađanjem donošenoga, živoga i zdravog djeteta. Antenatalna zaštita provodi se u dispanzerima za žene sa savjetovalištem za trudnice te djelovanjem patronažne službe. Osnovne su zadaće antenatalne zaštite:

- čuvanje zdravlja trudnice tijekom trudnoće;
- kontinuirano praćenje ploda i njegova razvoja;
- što ranije prepoznavanje nepravilnosti trudnoće radi što brže primjene liječenja.

Njezin uspjeh uvelike ovisi o zdravstvenoj kulturi stanovništva i mogućnostima zdravstvene zaštite. Primalja treba veliku pozornost posvetiti zdravstvenom odgoju jer je od presudnoga značenja, a trebalo bi ga početi provoditi već od djetinjstva. Ženu je važno uputiti na pregled čim sazna da je trudna. Prvi pregled je od izuzetnog značenja jer o njemu ovise svi planovi o daljnjoj kontroli trudnice (22).

„Moderna antenatalna skrb uključuje sprječavanje, prepoznavanje i liječenje svih bolesti i patoloških stanja koja mogu ugroziti trudnoću, ali i obrazovanje trudnice i njezine okoline i socijalnu skrb za obitelj“ (23).

3.2.2. Perinatalna zaštita

Perinatalna zaštita bavi se perinatalnim razdobljem koje obuhvaća plod od začeća do rođenja i novorođenče u prvih 7 dana života. Obuhvaća djelatnost ginekologa-opstetričara i pedijatra-neonatologa te primalje. Cilj perinatalne zaštite je smanjiti perinatalni mortalitet i morbiditet. Sve mjere provode se kroz ranu dijagnostiku i terapiju patoloških trudnoća sa zadaćom smanjenja broja prijevremenih porođaja, praćeno suvremenim nadzorom, stručnim vođenjem porođaja i primjerenom skrbi novorođenčeta. Suvremena perinatalna zaštita osigurava kompletnu skrb majke i ploda za vrijeme intrauterinog života (21).

Osim redovnih kontrola, primalja priprema trudnicu i psihički te ju upoznaje sa osnovnim znanjima o fiziologiji trudnoće ili sa dodatnim znanjima o patologiji trudnoće, ukoliko to zahtjeva njezino stanje (22).

3.2.3. Seksualnost u trudnoći i placenta previja

Fiziološke i emocionalne promjene za vrijeme trudnoće mogu utjecati na ženske seksualne želje. Žene i njihovi partneri imaju mnoga pitanja na tu temu, pa u skladu s tim moraju imati osobu od povjerenja s kojom mogu otvoreno i bez srama porazgovarati, postavljati razna pitanja te na njih dobiti stručne odgovore. Tu je veoma važna uloga primalje. Trudnoća je za svaki par veoma bitno razdoblje. Faza prijelaza u roditeljstvo i razvijena intimnost tijekom trudnoće pomaće partnerima da stvore jaku vezu. Novo stanje je krhko, a seks bi ga mogao ugroziti – taj je strah poznat mnogim ženama. S druge strane, organi u maloj zdjelici na samom su početku trudnoće bolje prokrvljeni što je bolje za užitak. U ranoj trudnoći redoviti spolni odnosi ne povećavaju rizik od spontanog pobačaja.

Ako je već došlo do krvarenja liječnik savjetuje da se preventivno prestane sa spolnim odnosima. Također ako je žena sklona prijevremenim trudovima ili preranom otvaranju vrata maternice, bolje je odreći se spolnih odnosa. Spolni odnos ne potiče trudove. Činjenica je da se u ejakulatu nalazi hormon prostaglandin, koji omekšava vrat maternice te ga priprema za trudove. Zasigurno ne potiče trudove jer je količina uistinu mala.

Placenta previja predstavlja rizik za spolni odnos u trudnoći. Također rizik predstavlja i prsnuće vodenjaka, rizična blizanačka trudnoća, prethodni spontani pobačaj, krvarenja različitog uzroka, prijevremeni trudovi koji potiču na prijevremeni porođaj (24). Krvarenje prije 34 tjedna trudnoće se liječi bolnički, mirovanjem u krevetu te naravno, izbjegavanjem spolnog odnosa (25).

3.2.4. Aktivnosti primalje u nadzoru trudnice

U slučaju trudnice sa dijagnozom placente previje primalja mora znati prepoznati simptome i znakove prijetećega krvarenja, obavijestiti opstetričara te postupiti prema njegovoj odredbi. Svi postupci koji se primjenjuju rade se u interesu zdravlja mjake i djeteta. Najvažnija zadaća primalje odnosi se na pravovremeno prepoznavanje krvarenja.

Nakon hospitalizacije trudnice sa placentom previjom, važno je da primalja kontinuirano nadzire sljedeće:

- opće stanje trudnice – nemir, strah, bljedilo, mučnina;
- vitalne znakove: puls – tahikardija, disanje – tahipneja, krvni tlak – hipotenzija;
- praćenje krvarenja;
- praćenje stanja fetusa – kardiotokografija (14).

Psihička priprema trudnice uključuje:

- osloboditi trudnicu straha i pomoći joj da pozitivno misli;
- objasniti joj važnost strogog mirovanja;
- osigurati mirnu i ugodnu okolinu;
- omogućiti joj posjete najbližih;
- omogućiti da postavlja pitanja i na njih odgovoriti (26).

Isto tako, primalja priprema i asistira pri sljedećem:

- provođenje antiseptičkih uvjeta rada;
- priprema trudnice za UZV pregled;
- priprema pribora za ginekološki pregled: lampa, staničevina, lubrikant, rukavice – sterilne i obične latex, spekulumi različitih veličina;
- maksimalno reducira broj vaginalnih pregleda;
- ginekološki pregled u spekulima (bimanualni pregled je uglavnom kontraindiciran);
- uspostava venskog puta i nadoknada tekućine;
- primjena ordinirane terapije od strane liječnika (tokolitici, kortikosteroidi, transfuzija krvi, pripravci željeza);
- aplikacija pulsnog oksimetra i administracija kisika;
- priprema krvnih pripravaka (14).

Vrlo važna zadaća primalje je savjetovati sve trudnice sa placentom previjom u trećem tromjesečju o riziku prijevremenog porođaja i mogućnostima nastanka antepartalnog krvarenja, a sve to treba provoditi individualno za svaku trudnicu. Trudnicu se može poslati i na kućno mirovanje ukoliko to dopušta njezino stanje, no važna je blizina bolnice, stalna prisutnost pratioca i potpuna suglasnost žene (27). Prijevremeni porođaj predstavlja najveći rizik za dijete. Ono je izloženo velikom riziku zastoja u razvoju, jer posteljica ne može osigurati dovoljno hranjivih tvari potrebnih za razvoj djeteta.

Cilj je održati trudnoću barem do 36. tjedna trudnoće. Ako se u tom trenutku pokaže da su pluća zrela, dijete se može poroditi carskim rezom kako bi se reducirao rizik od krvarenja. Naime, ukoliko su i prije toga majka i/ili dijete ugroženi krvarenjem porođaj se ne smije odgađati, čak i ako to znači prijevremeni porođaj (28).

Ukoliko je krvarenje oskudno ili je prestalo, treba razmisliti o daljnjim postupcima do porođaja te razmotriti prednosti i rizike ukoliko se odluči produžiti trudnoću. No, ako je krvarenje jako i neprekidno trudnoću treba dovršiti carskim rezom bez obzira na zrelost fetusa (29).

3.2.5. Priprema rodilje sa placentom previjom za carski rez

Carski rez (*sectio caesarea)* operativno je dovršenje porođaja radi zaštite zdravlja fetusa, majke ili oboje. Razlikujemo apsolutne, relativne i proširene indikacije za carski rez.

Apsolutne indikacije su:

- subtotalna i totalna placenta previja;
- tumori u maloj zdjelici koji onemogućuju prolaz fetusa;
- apsolutno sužena zdjelica.

Relativne indikacije su:

- kefalopelvina disproporcija;
- marginalna placenta previja;
- veliko dijete veće od 4000 g u prvorotke.

Proširene indikacije su:

- stav zatkom;
- stanje nakon carskog reza
- hipoksija fetusa.

U svakodnevnoj praksi najčešće se upotrebljavaju izrazi planirani (elektivni) carski rez i to kod apsolutnih i relativnih indikacija i hitni carski rez koji se radi tijekom I i II porođajnog doba u interesu zdravlja djeteta, na primjer abrupcija placente. Indikacije za carski rez određuje opstetričar.

Pri psihičkoj i fizičkoj pripremi rodilje za carski rez izuzetno je važna uloga primalje.

Psihička priprema uključuje:

- ohrabriti rodilju za operativni zahvat;
- pojasniti razlog zbog kojega se mora obaviti carski rez;
- objasniti važnost izvođenja svih postupaka;
- dati rodilji mogućnost da postavlja pitanja i na njih odgovoriti;
- rodilja mora potpisati pristanak za operaciju.

Fizička priprema zahtjeva:

- rodilja mora biti natašte, najmanje 6 sati;
- higijena spolovila, intervencije primalje u brijanju vulve rodilje, primjene klizme, tuširanja, oblačenja čiste spavačice te skidanje laka s noktiju;
- postavljanje trajnog urinarnog katetera i vrećice;
- uzimanje uzoraka krvi za laboratorijske pretrage;
- skidanje nakita, umjetnog zubala te odlaganje na za to prikladno mjesto;
- pripremiti potrebnu medicinsku dokumentaciju;
- dati premedikaciju prema odredbi anesteziologa;
- obavijestiti predijatra – neonatologa;
- ponijeti potreban pribor za prvu opskrbu novorođenčeta u operacijsku dvoranu (14).

3.2.6. Proces primaljske skrbi

Pojam “proces zdravstvene njege“ počinje se koristiti u američkoj stručnoj literaturi pedesetih godina, engleskoj sedamdesetih, dok kod nas tek osamdesetih godina. Označava pristup u otkrivanju i rješavanju problema pacijenta iz područja zdravstvene njege. Pojam „problem“ u ovom kontekstu ima drugačije značenje nego što mu se pridaje u svakodnevnoj upotrebi. U procesu zdravstvene njege svako stanje koje odstupa od normalnog ili poželjnog i stoga zahtijeva intervenciju medicinske sestre/primalje bez obzira na poteškoće koje se s tim u svezi mogu javiti nazivamo „problem“

Dva glavna koraka u primaljskoj skrbi su prepoznati i imenovati problem pacijentice te planirati i provesti postupke usmjerene rješavanju problema uz obveznu provjeru njihove uspješnosti.

Sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje problema pacijentice naziva se proces zdravstvene njege, a odvija se kroz četiri osnovne faze:

- utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom;
- planiranje zdravstvene njege;
- provođenje zdravstvene njege i
- evaluacija zdravstvene njege (30).

Svi problemi koje primalja tretira moraju biti definirani u suradnji s pacijenticom, a rješavanje prilagođeno njezinim potrebama i motivaciji i provedeno u suradnji s timom. Obrazovanju trudnice i njezine obitelji uvelike će pridonijeti jednostavni, atraktivni i ilustrirani materijali koji sadrže ključne obavijesti. Kako u primarnoj, tako i u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti proces primaljske skrbi je logičan i sustavan pristup rješavanju problema pacijentice (31).

Tablica 1. Primjer plana primaljske skrbi

PRIMALJSKA DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Visok rizik za vaginalno krvarenje u svezi s (u/s) prekomjernom aktivnošću trudnice sekundarno placenta previja.	Trudnica će reducirati svoje aktivnosti do kraja trudnoće.	1. Pridobiti povjerenje trudnice; 2. Objasniti trudnici važnost mirovanja; 3. Objasniti trudnici komplikacije u slučaju nastanka krvarenja; 4. Savjetovati trudnici da se ne umara; 5. Pružiti trudnici emocionalnu i psihološku podršku. 6. Objasniti trudnici važnost prwpoznavanja i izvještavanja o eventualnom krvarenju	Cilj je postignut: Trudnica se pridržavala savjeta i uputa te nije vaginalno prokrvarila.

3.2.6.1. Primaljske dijagnoze kod trudnice sa placentom previjom

Najčešće primaljske dijagnoze kod trudnica sa placentom previjom su:

- Neupućenost u/s visokorizičnom trudnoćnom, sekundarno placenta previja, dijagnostičkim pretragama, ograničenjima tjelesne aktivnosti;
- Neupućenost u/s dijagnostičkim pretragama;
- Strah u/s neizvjesnim ishodom trudnoće;

- Neadekvatna prilagodba u/s bolničkom okolinom;
- Visok rizik za infekciju u/s učestalim vaginalnim pregledima;
- Visok rizik za prijevremeni porođaj u/s prekomjernom tjelesnom aktivnošću;
- Neučinkovito održavanje zdravlja u/s seksualnom aktivnošću

3.2.6.2. Ciljevi primaljske skrbi

Ciljevi u primaljskoj skrbi odnose se na trudnicu i njeno stanje. Neki od primjera ciljeva su:

- trudnica će verbalizirati važnost i način provođenja dijagnostičkih pretraga;
- trudnica će se pozitivno suočiti sa anksioznošću i strahom;
- trudnica će otvoreno postavljati pitanja i izjašnjavati vlastitu nesigurnost;
- trudnica će znati prepoznati ugrožavajuće simptome i znakove;
- trudnica će racionalno trošiti energiju tijekom provođenja svakodnevnih aktivnosti;
- trudnica će sudjelovati u planiranju i provedbi intervencija.

3.2.6.3. Primaljske intervencije

Najčešće intervencije koje se provode su:

1. osigurati mirnu i sigurnu okolinu;
2. osigurati mjesto za razgovor i savjetovanje;
3. osigurati dovoljno vremena za razgovor;
4. pridobiti povjerenje trudnice;

5. poticati trudnicu na verbalizaciju tjeskobe i straha;
6. poticati trudnicu da postavlja pitanja i na njih odgovoriti;
7. objasniti trudnici važnost mirovanja;
8. dati trudnici pisani materijal o placenti previji;
9. pojasniti trudnici postupke kod dijagnostičkih pretraga;
10. objasniti moguće komplikacije kod placente previje;
11. pojasniti važnost izbjegavanja spolnog odnosa kod placente previje;
12. podučiti je da prepozna simptome i znakove ugroženosti;
13. osigurati trudnici emocionalnu podršku obitelji;
14. osigurati prisustvo supruga ili bližeg člana obitelji za vrijeme razgovora.

4. ZAKLJUČAK

Najteže i najozbiljnije krvarenje na kraju trudnoće i početku porođaja nastaje kao posljedica placente previje. Što je trudnica pripremljenija manji je osjećaj straha i tjeskobe te ona lakše podnosi nastalo stanje. Tu naravno do izražaja dolazi uloga primalje.

Zadaće primaljske skrbi u nadzoru trudnice sa placentom previjom odnose se na praćenje stanje trudnice, kontrolom i mjerenjem vitalnih znakova i krvarenja te praćenje stanja ploda kardiotokografijom (CTG). Primalja treba educirati trudnicu o važnosti pridržavanja savjeta i uputa od strane liječnika i nje same. Naime, vrlo je važno da trudnica usvoji savjete o važnosti mirovanja kako bi se prevenirale moguće komplikacije.

Osiguranje emocionalne potpore od strane supruga ili nekog drugog bliskog člana obitelji uz mogućnost postavljanja pitanja i dobivanja adekvatnih odgovora od strane stručne osobe, trudnici uvelike pomaže te doprinosi osjećaju samopouzdanja. Svakoj trudnici trebalo bi pružiti adekvatnu edukaciju i savjetovanje o njezinom stanju, prevenciji i postupanju u slučaju komplikacija. Na taj se način otklanja osjećaj straha i neugode što pridonosi boljem ishodu porođaja.

5. SAŽETAK

Posteljica i pupkovina povezuju majku i dijete. Kao privremeni i povremeni organ posteljica djetetu osigurava hranjive tvari i eliminira štetne tvari putem njenog "sustava filtriranja". Preduvjet normalnog razvoja trudnoće u čovjeka je razvoj posteljice.

Postoje razne promjene posteljičnog tkiva. Jedna od njih je i promjena sijela posteljice, uglavnom na nižim dijelovima maternice. Toj skupini pripada placenta previja koja prethodi djetetu te mu stvara zapreku pri prolasku kroz porođajni kanal. Taj dio maternice nema kontrakcijske sposobnosti već se samo rasteže i širi, dolazi do otvaranja uteroplacentarnih krvnih žila i krvarenja različitog intenziteta u drugoj polovini trudnoće. Placenta previja danas je u porastu zbog sve većeg broja carskih rezova. Maternalni morbiditet i mortalitet te fetalni mortalitet znatno su reducirani zahvaljujući suvremenoj dijagnostici i liječenju.

Primalja kao odgovorna i pouzdana osoba koja radi u partnerstvu sa ženama ima važnu ulogu u edukaciji i nadziranju trudnice sa placentom previjom. Provođenjem postupaka primaljske skrbi vrlo je važno da na vrijeme uoči krvarenje i svaku nepravilnost radi prevencije komplikacija, a u slučaju da do njih i dođe primalja na adekvatan način obavlja psihičku i fizičku pripremu trudnice, u ovom slučaju za dovršenje porođaja.

Svi provedeni postupci smanjuju osjećaj straha i zabrinutosti, dovode do većeg samopouzdanja trudnice i lakšeg podnošenja nastale situacije.

6. SUMMARY

Umbilical cord and placenta connect the mother and the baby. Placenta, as a temporary and transient organ, ensures nutritious substances to the baby and it removes waste products through its filtering system. A precondition for the normal development of human pregnancy is the development of the placenta.

There are different kinds of changes in placental tissue. One of them is the change of the placenta's position, mostly in the lower uterine segment. Placenta previa precedes a baby and makes impossible passing through the birth canal. The lower uterine segment has not got the possibility of contractions, it just stretches and expands when it comes to dilation of uteroplacental blood vessels and a hemorrhage of various intensity in the second part of pregnancy. The increased use od Caesarian section nowadays causes higher risk of placenta previa. Maternal morbidity and mortality as well as fetal mortality have been considerably reduced due to the contemporary pregnancy diagnosis and medical treatment.

Midwife, as a responsible and reliable person, who works in partnership with pregnant women has got an important role in education and supervision of pregnant women with placenta previa. In order to prevent the complications she has to notice the bleeding or any other irregularity on time, using the procedures of midwifery care. In case that the complications happen, the midwife has to carry out the psychological and physical preparation of pregnant woman for the delivery.

The preformed treatments decrease the feelings of fear and anxiety, they increase self – confidence in pregnant woman and allow easier acceptance of the situation.

7. LITERATURA

1. Habek D. Porodništvo i ginekologija. Zagreb: Školska knjiga; 2009.

2. Dražančić A. Razvoj, rast, težina i oblik posteljice. U: Dražančić A,Grizelj V, Kuvačić I, Latin – Milković V. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga; 1999. 78 - 81

3. Pschyrembel W. Praktička opstetricija i opstetričke operacije. Beograd - Zagreb: Medicinska knjiga; 1975.

4. Petrović D, Babić D. Patološka anatomija fetusa i placente. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i suradnici. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2009. 535 - 546

5. Škrablin S. Razvoj posteljice. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i suradnici. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2009. 82 - 89

6. Kupešić S. Implantacija. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i suradnici. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2009. 53

7. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

8. Jukić S. Struktura nezrele i zrele posteljice. U: Dražančić A,Grizelj V, Kuvačić I, Latin - Milković V. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga; 1999. 77 – 78

9. Saraga - Babić M. Posteljica. U: Saraga – Babić M, Puljak L, Mardešić S, Kostić S, Sapunar D. Embriologija i histologija čovjeka. Split: Sveučilište u Splitu; 2014. 29 - 30

10. Kostović - Knežević LJ, Gajović S. Rani embrionalni razvoj. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i suradnici. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2009. 54 – 60

11. Mimica M. Krvarenja u drugoj polovini trudnoće, nastavni tekstovi. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, 2015.

12. Stoiljković Č. Krvarenje na kraju trudnoće. U: Dražančić A,Grizelj V, Kuvačić I, Latin - Milković V. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga; 1999. 249 - 253

13. Gibbins KJ, Einerson BD, Varner MW, Silver RM. Placenta previa and maternal hemorrhagic morbidity. The journal of maternal – fetal & neonatal medicine. 2017; 21:1 - 6.

14. Pecigoš – Kljuković K. Zdravstvena njega i liječenje trudnice, rodilje i babinjače. Zagreb: Školska knjiga; 2009.

15. Đelmiš J. Placenta praevia. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i suradnici. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2009. 282 - 286

16. Shobeiri F, Jenabi E. Smoking and placenta previa: a meta - analysis. The journal of maternal - fetal & neonatal medicine. 2017; 4: 1 – 6.

17. Timothy R, MB BS, FRC SC. Placenta previa. J Obstet Gynaecol Can. 2014.; 36 (8): 667 – 668.

18. Orbach - Zinger S, Weiniger CF, Aviram A, Balla A, Fein S, Eidelman LA, Ioscovich A. Anesthesia management of complete versus incomplete placenta previa: a retrospective cohort study. The journal of maternal - fetal & neonatal medicine. 2017; 23: 1 - 16.

19. Harni V. Placenta previja. Internet. 2017. Siječanj.

    Dostupno na: http://www.poliklinika-harni.hr/Placenta-previja.aspx

20. Cui S, Zhi Y, Cheng G, Zhang K, Zhang L, Shen L. Retrospective analysis of placenta previa with abnormal placentation with and without prophylactic use of abdominal aorta balloon occlusion. The journal of maternal - fetal & neonatal medicine. 2017, ožujak 10; 137(3):265-270

21. Švaljug D. Primaljstvo danas, nastavni tekstovi. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, 2014.

22. Pecigoš – Kljuković K. Zdravstvena njega trudnice, rodilje i babinjače. Zagreb: Školska knjiga; 2005.

23. Škrablin S. Uloga antenatalne zaštite. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i suradnici. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2009. 113 - 117

24. Primaljski vijesnik, Hrvatska Komora Primalja, broj 12, lipanj 2012., 19 – 21

    Dostupno na: https://www.komora-primalja.hr/datoteke/PRIMALJSKI-2012-12.pdf

25. MSD priručnik dijagnostike i terapije. Placenta previja. (posjećeno: 2017, svibanj 2), preuzeto s: http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/ginekologija/poremecaji-trudnoce/placenta-previja

26. Mimica I. Primaljska skrb kod hitnih stanja u porodu (završni rad). Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, 2014.

27. Johnston T A, Paterson – Brown S. Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Green-Top Guideline No. 27. 2011, siječanj; 1 - 26

28. Portal o roditeljstvu udruge Roda

    Dostupno na: http://www.roda.hr/portal/trudnoca/pracenje-trudnoce/placenta-previa

29. The World Health Organization: Surgical Care at the District Hospital, 2003.

    Dostupno na: http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf

30. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1992.

31. Žižić A. Kolestaza u trudnoći (završni rad). Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, 2014.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Maja Dernaj

Adresa: Razbojište, Braće Radića 93, 31433 Podgorač

E-mail: majadernaj@gmail.com

Datum i mjesto rođenja: 01.05.1994., Našice

Obrazovanje

2014. - 2017. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Primaljstvo

2009. - 2013. Medicinska škola Osijek, Primalja - asistentica

2001. - 2009. Osnovna škola Hinka Juhna Podgorač

Radno iskustvo

2013. - 2014. Pripravnički staž, Primalja- asistentica, Opća bolnica Našice

Veljača 2015. Položen stručni ispit

Dodatne informacije

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznavanje rada u Microsoft Office paketu

Strani jezici: Engleski jezik - aktivno u govoru i pisanju

Njemački jezik - pasivno u govoru i pisanju