

Poronienie. Poród przedwczesny Niewydolność cieśniowo-szyjkowa.

Połówg. Powikłania połogu

dr n. med. Aleksandra Zielińska
dr Nabil Abdalla
dr Magdalena Bizoń

Katedra i Klinika Położnictwa,
Chorób Kobięcych
i Ginekologii Onkologicznej IIWL WUM

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki



Czas trwania ciąży

do 21 tyg +
6 dni

22 tyg -
36tyg +6

37 tyg -
41 tyg+6

>42
tyg

PORONIENIE

PORÓD
PRZEDWCZESNY

PRAWIDŁOWY
CZAS
TRWANIA
CIAŻY

CIAŻA
PRZENO-
ZONA

PORONIENIE

- Wydalenie z jamy macicy jaja płodowego przed ukończeniem 22 tygodnia ciąży
- 10-20% ciąż kończy się poronieniem udokumentowanym, prawdopodobnie jest to jednak ok. 40-50%

PORONIENIE

- Ryzyko maleje wraz z wiekiem ciążowym – 50% ciąż przed implantacją, 12-24% po implantacji, ryzyko spada do 10% po 8 tyg.
- Częstość występowania poronień wzrasta z wiekiem matki – istotnie po 35 r.ż.

PRZYCZYNY PORONIEŃ

- Genetyczne
- Hormonalne
- Anatomiczne
- Zakażenia
- Zaburzenia immunologiczne
- Toksyczne
- Zaburzenia metaboliczne

PRZYCZYNY GENETYCZNE

- Mogą powstać po zapłodnieniu lub zostać przekazane przez jednego z rodziców
- 50-60% poronień samoistnych w I trymestrze ciąży spowodowane aberracjami chromosomalnymi
 - Trisomie 40-50% - 16(letalna), 21, 18, 13
 - Monosomia X 15-25%
 - Triploidia 15% (dispermia)
 - Tetraploidia 5%

PRZYCZYNY ANATOMICZNE

- Wrodzone wady macicy
- Zrosty wewnątrzmaciczne
- Niewydolność szyjki macicy
- Mięśniaki macicy
- Endometrioza miednicy mniejszej
- Polipy endometrialne

Wrodzone wady macicy

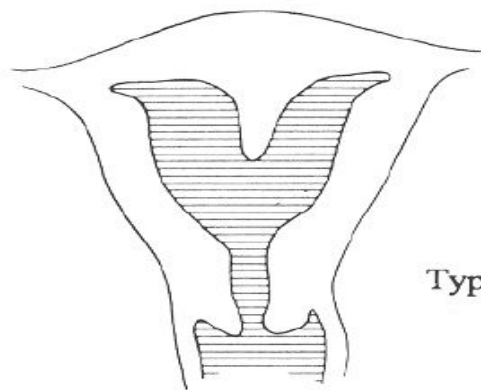
- W ogólnej populacji 0,05-2%, u kobiet z kilkoma poronieniami w wywiadzie 15-25%
- Patomechanizm – niedokładnie wyjaśniony (defekt jamy, wzrost ciśnienia wewnątrzmacicznego, anomalie endometrium- zaburzenia receptorowe, polipy endometrialne)
- Diagnostyka: USG, histerosalpingografia, histeroskopia

Zrosty wewnątrzmaciczne

- Najczęściej spowodowane czynnikami jatrogennymi (łyżeczkowanie jamy macicy po porodzie lub poronieniu, reskencje mięśniaków podśluzówkowych)
- Leczenie: przecięcie zrostów w histeroskopie

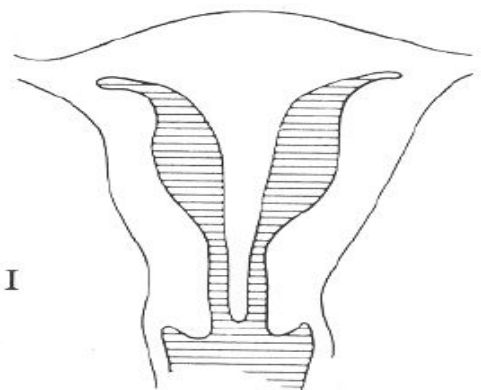
Mięśniaki macicy

- Podśluzówkowe mięśniaki –
zniekształcenie jamy macicy, zaburzenia
funkcji endometrium
- Leczenie u kobiet, u których nie
znaleziono innych przyczyn poronień
- Wyłuszczenie, resekcja histeroskopowa

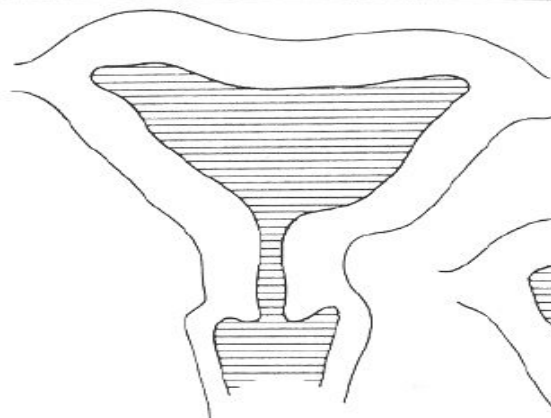


Type I

Uterus subseptus

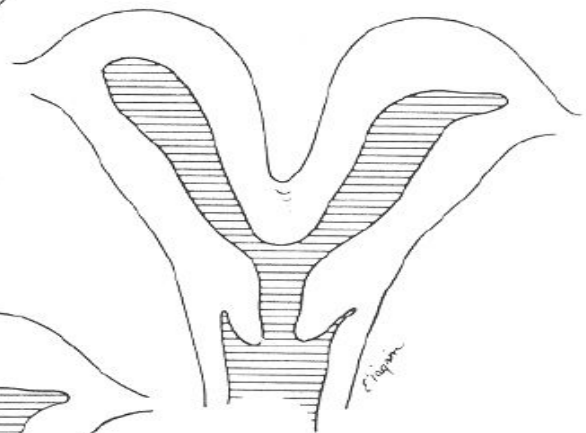


Uterus septus

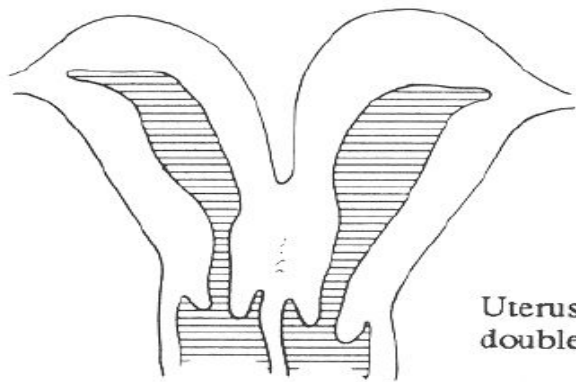


Uterus arcuatus

Type II



Uterus bicornis unicollis



Uterus didelphys with double vagina

PRZYCZYNY HORMONALNE

- Niewydolność fazy lutealnej
Dgn: biopsja endometrium, stężenie progesteronu w surowicy krwi
Leczenie: progesteron (od początku cyklu)
- Niedoczynność tarczycy
(TSH □ prolaktyna)
- Zespół policystycznych jajników
(LH, hiperandrogenizm)

ZAKAŻENIA

- Mycoplasma hominis
- Ureaplasma urealyticum
- Chlamydia trachomatis
- Infekcje wirusowe (HSV t. 2; różyczka; CMV)
- Toxoplasma gondi
- Listerioza
- Bakteriemia i toksemia u matki (obumarcie płodu)
- Waginoza bakteryjna – wzrost ryzyka poronienia późnego

PRZYCZYNY IMMUNOLOGICZNE

- Choroby autoimmunologiczne
- Zespół antyfosfolipidowy

Przeciwciała antyfosfolipidowe:

antykoagulant toczeniowy, przeciwciała
antykaroliolipinowe

Leczenie: kw. acetylosalicylowy + heparyna

CZYNNIKI TOKSYCZNE

- Alkohol
- Palenie tytoniu
- Czynniki chemiczne (środowisko pracy)
(również gazy anestetyczne)
- Pestycydy, promieniowanie – przedmiot badań

ZABURZENIA METABOLICZNE

- Każde schorzenie przewlekłe może być przyczyną poronienia.
- Choroby nerek
- Choroby wątroby
- Nadmierna otyłość, kobiety wychudzone
- Wady wrodzone serca
- Cukrzyca

MECHANIZM PORONIENIA

- Zależy od wielkości jaja płodowego
- < 8 tygodnia – JEDNOFAZOWY
płód nie odgrywa roli, zasadniczą masę jaja stanowi kosmówka
- > 8 tyg. – DWUFAZOWY
Płód wydany jako pierwszy, następnie kształtujące się łożysko (prawie nigdy w całości)

ROZPOZNANIE

- Wywiad
 - ostatnia miesiączka / długość cyklu
 - obfitość krwawienia
 - dolegliwości bólowe
 - fakt wydalania jaja płodowego
- Badanie ginekologiczne
- Badania pomocnicze
 - laboratoryjne
 - ultrasonograficzne
 - histopatologiczne

W zależności od stopnia nasilenia objawów rozróżniamy:

- Poronienie zagrażające (abortus imminens)
- Poronienie w toku (Abortus in tractu)
- Poronienie zatrzymane (missed abortion)
- Poronienie zupełne
- Poronienie niezupełne

U 40% wszystkich ciężarnych przynajmniej raz występuje krwawienie we wczesnej ciąży!

Poronienie zagrażające (abortus imminens)

- Bezbolesne krwawienie z macicy
- Czasem skurcze o niewielkim natężeniu

- Badanie ginekologiczne:
 - uformowana część pochwowa,
 - kanał szyjki zamknięty,
 - miernego stopnia krwawienie z kanału,
 - powiększona (odpowiadająca zaawansowaniu ciąży), okresowo napięta macica

Poronienie zagrażające -postępowanie

- Oszczędzający tryb życia
- Unikanie współżycia
- Leki rozkurczowe
- Progesteron

Poronienie w toku (abortus in tractu)

- Obfite krwawienie
- Bolesne skurcze macicy

- Badanie ginekologiczne:
 - skrócona szyjka macicy,
 - kanał szyjki drożny
 - w ujściu zewnętrznym lub pochwie widoczne fragmenty jaja płodowego

Postępowanie: wyłżeczowanie jamy macicy

Poronienie zatrzymane (missed abortion)

- Brak wydalenia obumarłego płodu w przewidzianym czasie (14 dni od śmierci płodu)
- Wielkość macicy nie odpowiada zaawansowaniu ciąży
- Brak czynności serca płodu w USG
- Tendencja spadkowa stężeń β -hCG

Poronienie zupełne (abortus completus)

- Występuje rzadko
- Całkowite wydalenie jaja płodowego
- Szybkie obkurczenie macicy
- Zamknięcie kanału szyjki
- Pacjentka nie wymaga łyżeczkowania jamy macicy

Poronienie niezupełne (abortus incompletus)

- Niecałkowite wydalenie elementów jaja płodowego
- Krwawienie z macicy
- Skurcze macicy

Postępowanie:

- Wyłóżczkowanie jamy macicy
- Pacjentkom z grupą krwi Rh (-) minus należy podać Immunoglobulinę anty-D

PORÓD PRZEDWCZESNY (Partus praematurus)

- Urodzenie noworodka
po ukończeniu 22 tygodnia
a przed upływem 37 tygodnia ciąży

Poród występujący przed osiągnięciem wieku ciążowego, w którym płód uzyskuje optymalną zdolność do życia w środowisku pozamacicznym.

ETIOPATOGENEZA

Wieloczynnikowa i nie do końca poznana

Główne patomechanizmy:

- Stres i aktywacja matczyno-płodowej osi podwzgórze-przysadka-nadnercza
- Zakażenia i stan zapalny
- Krwawienie wewnątrzmaciczne
- Nadmierne rozciągnięcie macicy

Czynniki ryzyka: medyczne i socjalne

Etiopatogeneza- czynniki medyczne

Przyczyny położniczo-ginekologiczne

- Krwawienia z macicy
- Ciąża bliźniacza
- Łóżysko przodu
- Wielowodzie
- Wady rozwojowe macicy, duże mięśniaki macicy

Choroby ciężarnej

- infekcje pochwowe
- infekcje dróg moczowych
- stan przedrzucawkowy
- Cukrzyca, choroby wątroby, nadciśnienie
- Niedokrwistość

Etiopatogeneza- czynniki medyczne

Wywiad położniczy:

- Przebyte porody przedwczesne
- Martwe urodzenia
- Przebyte poronienia samoistne lub indukowane

Etioopatogeneza - Czynniki socjalne

- niski poziom socjalno-ekonomiczny
- wiek poniżej 18 lat i powyżej 35 lat
- wielorodność
- palenie papierosów
- Stan cywilny wolny

Rozpoznanie

- Wiek ciążowy: 22-37 tygodni ciąży
- Udokumentowana czynność skurczowa macicy ($\geq 4 / 20$ min lub $\geq 8/60$ min, czas trwania skurczu ≥ 30 sek)
- Przedwczesne pęknięcie błon owodniowych
- Zgładzenie szyjki $\geq 75\%$ lub
- Rozwarcie szyjki ≥ 2 cm

Poród przedwczesny- postępowanie

- Reżim łóżkowy
- Hamowanie czynności skurczowej (tokoliza)
- Stymulacja dojrzewania płuc płodu (glikokortykosteroidy)
- Właściwy sposób ukończenia porodu
- Inensywna opieka neonatologiczna

Tokolityki – hamowanie czynności skurczowej

- β -Mimetyki (fenoterol, rytodryna)
- Antagoniści wapnia (siarczan magnezu, werapamil, nifedypina)
- Inhibitory syntezy prostaglandyn (ASA, indometacyna)
- Antagonista oksytocyny – Atosiban

Przeciwwskazania do tokolizy

Bezwzględne

- Cięża obumarła
- Zakażenie wewnątrzmaciczne
- Wady letalne płodu
- Przedwczesne oddzielenie łożyska
- Rzucawka

Względne:

- Krwawienie
- IUGR
- Stan przedrzucawkowy

Tokolityki

- **Siarczan magnezu** – preferowany w ciąży powikłanej cukrzycą, chorobami serca, nadciśnieniem tętniczym, nadczynnością tarczycy
- Przeciwwskazania:
 - Nietolerancja leku
 - Bloki przewodzenia w sercu
 - Myasthenia gravis

Tokolityki

- **β -Mimetyki**

- Przeciwwskazania:

 - Nadczynność tarczycy

 - Zaburzenia rytmu serca przebiegające z tachykardią

 - Wady zastawki dwudzielnej

 - Nadciśnienie płucne

 - Zespół WPW

 - Cukrzyca (przeciwwskazanie względne)

Sposób ukończenia ciąży

- Poród siłami natury – zwiększone ryzyko dla podatnego na niedotlenienie płodu
- Niedojrzałość macicy do porodu, niepodatna szyjka macicy
- Częstsze nieprawidłowe położenie płodu

Sposób ukończenia ciąży

- Po 32 tyg. ciąży przy położeniu główkowym – poród siłami natury (stały nadzór, odprowadzenie moczu, wczesne nacięcie krocza)
- Poród bardzo przedwczesny (28-32 tydz) oraz poród skrajnie przedwczesny (<28 tyg) – niezależnie od położenia płodu cięcie cesarskie elektywne

Intensywna opieka neonatologiczna

- Należy dążyć by porody przedwczesne <32 tygodnia ciąży odbywały się w referencyjnych ośrodkach perinatologicznych III stopnia
- Transport in utero najbezpieczniejszy dla wcześniaka

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa

- Niezdolność szyjki macicy do utrzymania ciąży do terminu porodu
- Bezbólowe rozwieranie kanału szyjki macicy i wpuklanie się dolnego bieguna jaja płodowego do kanału szyjki, a następnie do pochwy

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa

Częstość występowania:

- Dotyczy ok. 1,5 % wszystkich ciąż
- Jest przyczyną strat około 16 - 24 % ciąż w drugim trymestrze

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa: Etiologia

- Urazy mechaniczne:
 - poród dużego płodu
 - kleszcze położnicze
 - rozszerzenie mechaniczne kanału szyjki macicy
 - konizacja lub amputacja szyjki macicy
- Czynniki wrodzone:
 - wady rozwojowe macicy
 - jatrogenne (dietylstylbestrol)
- Niewydolność czynnościowa

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa

Rozpoznanie

- Wywiad (straty ciąży między 16 a 33 tyg)
- Badanie ginekologiczne – ocena części pochwowej szyjki macicy
- Badanie ultrasonograficzne – ocena długości szyjki oraz ujścia wewnętrznego, i kanału szyjki, TYVU, wpuklanie się błon płodowych

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa

Badanie USG

- Średnia długość szyjki macicy 38-42mm
- Długość poniżej 25mm pomiędzy 16 a 24 tygodniem ciąży.
- Ocena ujścia wewnętrznego

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa

Badanie USG przez powłoki brzuszne:

- wymaga wypełnienia pęcherza moczowego.
- zbyt mało wypełniony pęcherz moczowy uniemożliwia ocenę szyjki macicy.
- nadmierne wypełnienie pęcherza moczowego w znacznym stopniu zmienia rozmiary szyjki macicy.

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa

Badanie przezpochwowe:

- pęcherz moczowy musi być opróżniony.
- należy zidentyfikować kanał szyjki macicy i uzyskać jej podłużny obraz.
- minimalny ucisk głowicy na szyjkę macicy.

Katedra i Klin.Pol/Gin

ID:

SIEMENS

MD:

Tu 16/04/02

* 08:44:00

WSENDGYN

6EV+ 65

Distance

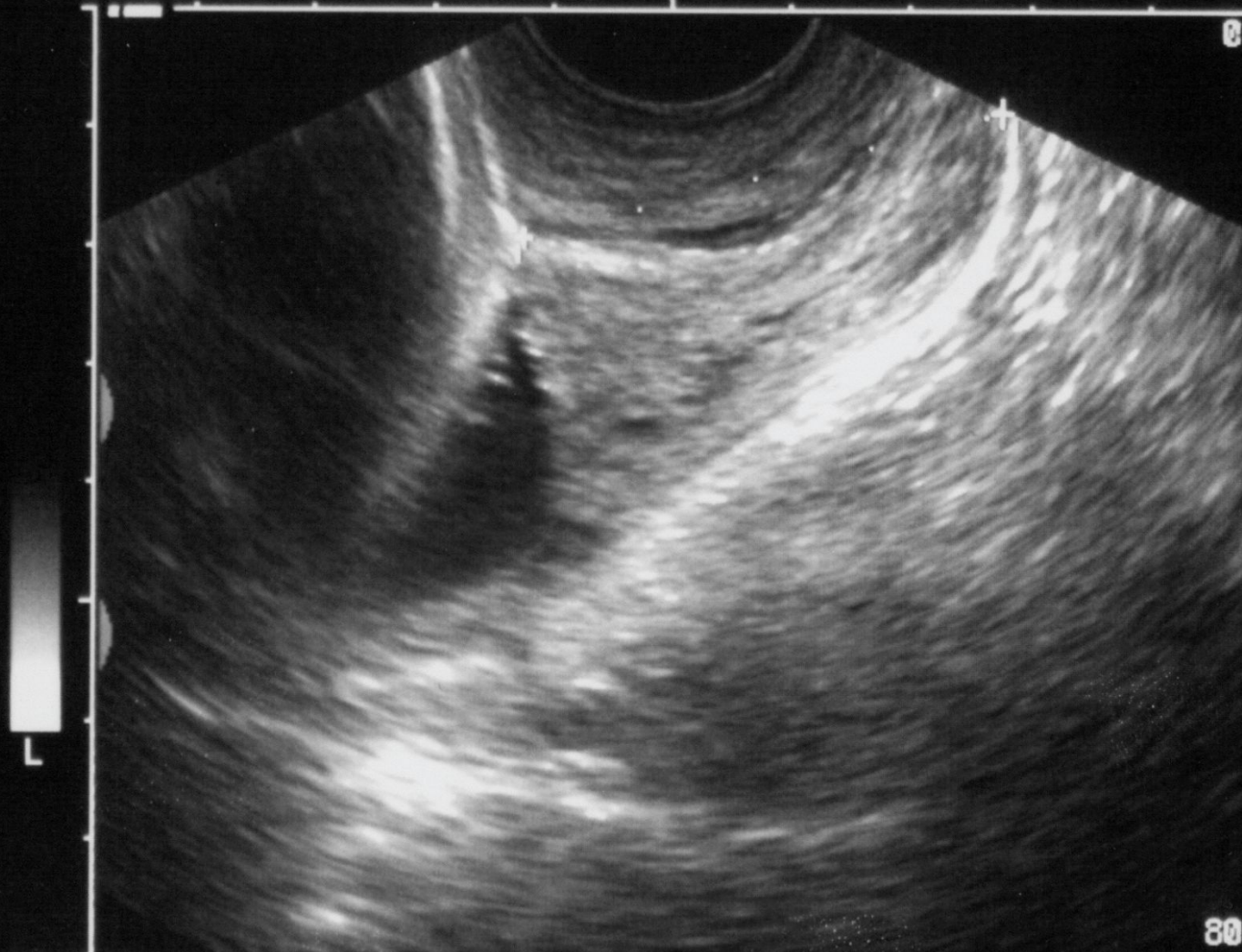
UNDO

Uterus

Len

Dep

Wid



⊗
D1= 41.3mm

L

TB:Calc B/M:60/3/15

MI:0.8 PWR:100%

Katedra i Klin.Pol/6in

ID: /

SIEMENS

MD:

Tu 16/04/02

* 08:44:28

WSEND6YN

6EU+ 65

Distance

UNDO

Uterus

Len

Dep

Wid



☒
D1= 28.7mm
D2= 9.6mm
D3= 18.1mm

TB:Calc B/M:60/3/15

MI:0.8 PWR:100%

Katedra i Klin.Pol/Gin

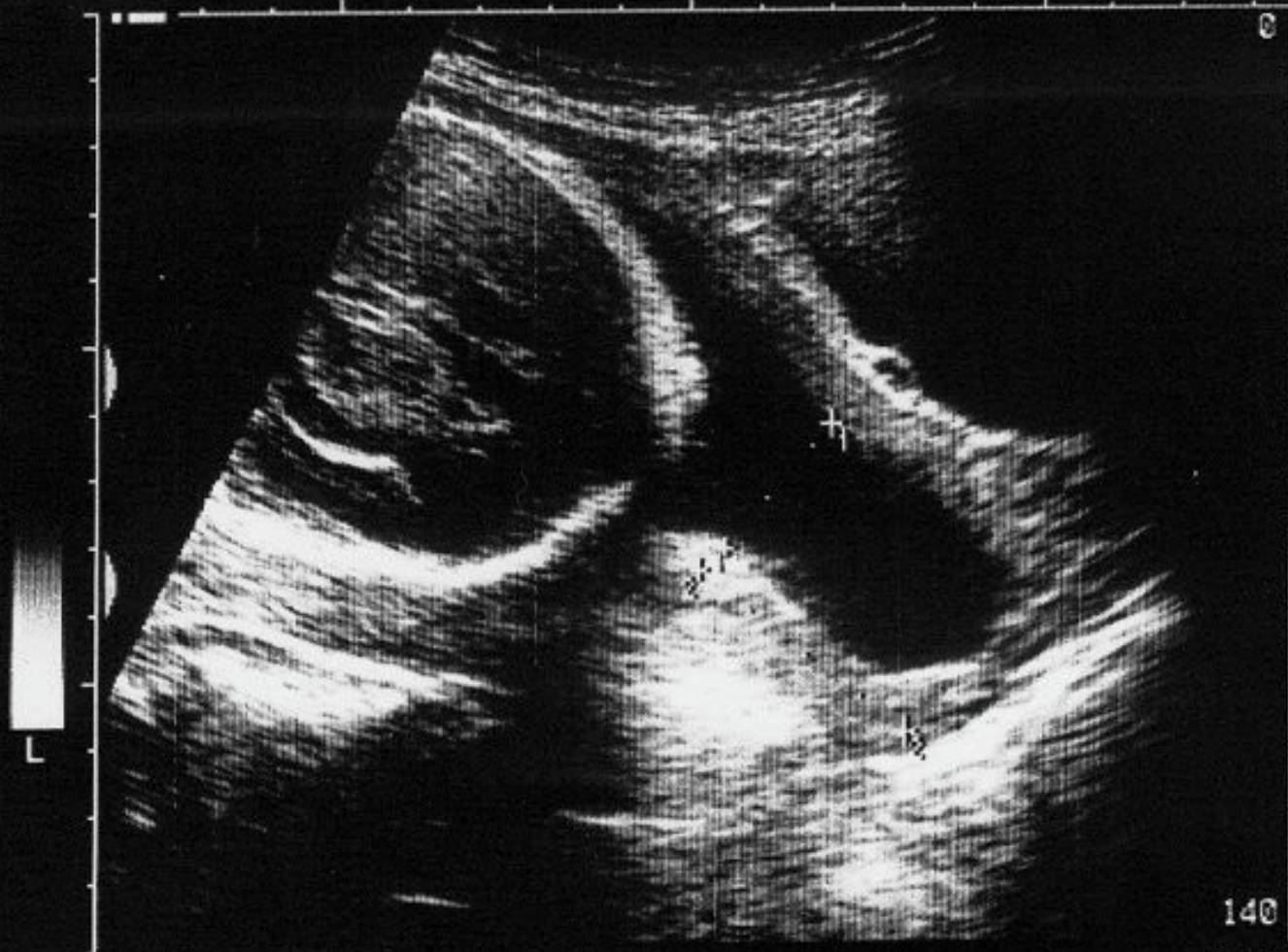
ID:

SIEMENS

MD:

Fr 30/03/01

09:19:00



MSOB
35080 3.5
Distance
UNDO
MSD
CRL
BPD
HC
AC
FL

D1= 23.8mm
D2= 37.8mm

TB:Calc B/M:60/3/15

140
MI:0.4 PWR: 50%

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa

Postępowanie

- Oszczędzający tryb życia
- Leki tokolityczne
- Szew szyjkowy
- Pessarium

Niewydolność cieśniowo-szyjkowa

Szew szyjkowy

- Czas założenia 14-18 tydz. ciąży
- Ryzyko:
 - Infekcji (biocenoza pochwy przed zabiegiem)
 - PROM
 - Przedwczesnej czynności skurczowej (tokoliza 6-12 h przed zabiegiem i bezpośrednio po)
 - Przemieszczenia się szwu szyjkowego

Połóg (Puerperium)

Powikłania połogu.

Połóg (Puerperium)

• Trwający 6 tygodni okres czasu po porodzie, podczas którego w organizmie kobiety ustępują zmiany powstałe w związku z ciążą i porodem

Okres ten dzieli się na:

- Bezpośredni – pierwsze 24 h poporodzie
- Wczesny połóg – pierwszy tydzień po porodzie
- Późny połóg - trwający do 6 tygodni, procesy inwolucyjne w narządzie rodnym

Połów – Opieka medyczna

- Kontrola tętna, ciśnienia tętniczego, temperatury
- Wysokość dna macicy
- Odchody połogowe
- Oddawanie moczu
- Wypróżnienia
- Wczesne uruchamianie
- Laktacja

Połów- Wysokość dna macicy

- Po porodzie - S/P
- 24 h - P
- 5 dni - S/P
- 10 dni - 2/S
- 14 dni - dno macicy niebadalne przez powłoki brzuszne

POŁÓG

Odchody połogowe (*Lochia*)

- 1 – 6 doba - lochia rubra
- Koniec 1 tyg - lochia fusca
- Koniec 2 tyg - lochia flava
- Koniec 3 tyg - lochia alba
- 4 – 6 tydz - zanikanie odchodów

POŁÓG - Powikłania

Powikłania występujące w pierwszych 2 h po zakończeniu porodu i związane z przebiegiem porodu:

- Krwotoki poporodowe
- Okołoporodowe uszkodzenia dróg rodnych

POŁÓG - Powikłania

Powikłania występujące w późniejszym okresie połogu

- Zakażenia połogowe
- Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa
- Późne krwawienia poporodowe
- Połogowe zapalenie gruczołu sutkowego
- Rozejście spojenia łonowego
- Depresja poporodowa, psychozy poporodowe

POWIKŁANIA POŁOGU

Krwotok

- Wczesny < 24h:
 - Atonia (niedowład macicy)
 - Krwawienia z ran poporodowych
- Późny > 24h:
 - Resztki płodu
 - Zmiany zapalne

POWIKŁANIA

Zakażenia połogowe

- **Zakażenia miejscowe:** ran krocza i pochwy, rany powłok brzusznych, zapalenie błony śluzowej macicy, zapalenie mięśnia macicy, zapalenie przymacicz, przydatków, otrzewnej
- **Zakażenie uogólnione** – posocznica połogowa

POWIKŁANIA POŁOGU

Zapalenie błony śluzowej jamy macicy

OBJAWY (zwykle 3-4 dzień po porodzie)

- Wzrost temperatury do 38-39 C
- Tachykardia
- Cuchnące odchody
- Tkliwość macicy
- Zaburzenia involucji macicy
- Krwawienia
- Zatrzymanie odchodów połogowych

POWIKŁANIA POŁOGU

Zapalenie błony śluzowej jamy macicy

POSTĘPOWANIE:

- Antybiotykoterapia (początkowo empiryczna o szerokim spektrum, po uzyskaniu posiewu z godnie z antybiogramem)
- Leki przeciwbólowe
- Leki przeciwgorączkowe

POWIKŁANIA POŁOGU

Zapalenie gruczołu sutkowego

- Objawy:
- ból i zgrubienia piersi
- gorączka
- zaczerwienienie skóry
- Postępowanie:
- mechaniczne opróżnianie piersi
- antybiotykoterapia celowana (posiew pokarmu)
- okłady z lodu

POWIKŁANIA POŁOGU

Ropień sutka

- Objawy:
- ból, zaczerwienienie
- gorączka
- naciek
- objaw chęłbotania
- obraz ultrasonograficzny
- Postępowanie:
- nacięcie
- drenaż
- intensywna antybiotykoterapia

POWIKŁANIA POŁOGU

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

CZYNNIKI RYZYKA:

- Żylaki kończyn dolnych i miednicy mniejszej
- Zwiększona krzepliwość krwi w połogu
- Unieruchomienie szczególnie po porodach operacyjnych
- Otyłość
- Wiek > 35 r.ż
- Uprzednio przebyte epizody zakrzepowo-zatorowe

POWIKŁANIA POŁOGU

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

Zapalenie zakrzepowe żył powierzchownych

- Najczęstsze powikłanie zakrzepowe;
- Bolesne zgrubienie w obrębie żyłaków
- Zaczerwienienie skóry

Zapalenie żył głębokich

- Obrzęk kończyny z napiętą, błyszczącą skórą
- Wzmoczone ucieplenie kończyny
- Tachykardia, podwyższona temperatura
- Objaw Homansa

POWIKŁANIA POŁOGU

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

Leczenie:

- Unieruchomienie i elewacja chorej kończyny
- Heparyna
- Leki przeciwzapalne i przeciwbólowe

Zatorowość płucna

- Sinica, duszność, kaszel
- Ból w klatce piersiowej
- Objawy wstrząsu, ryzyko zgonu

POWIKŁANIA POŁOGU

Rozejście się spojenia łonowego

OBJAWY:

- ból w okolicy spojenia łonowego
- trudności w chodzeniu, podnoszeniu
- poszerzenie szpary spojenia łonowego (Rtg)

POSTĘPOWANIE:

- leżenie
- leki przeciwbólowe

POWIKŁANIA POŁOGU

Zaburzenia psychiczne

- Apatia poporodowa
- Depresja poporodowa
- Psychoza połogowa



Dziękuję za uwagę