

terminem porodu. Tworzy się wtedy krwiak pozałożyskowy, oddzielający obkurczającą się macicę i niekurczliwe łożysko, czemu towarzyszy bolesność macicy (wzrost napięcia mięśnia). Krwawienie z jamy macicy może być widoczne lub utajone. Krwawienie z naczyń maciczno-łożyskowych, zazwyczaj proporcjonalne do oddzielonej powierzchni łożyska, może powodować dużą utratę krwi, co z kolei skutkuje niedotlenieniem płodu i ewentualnie jego obumarciem wewnątrzmacicznym.

Postępowaniem z wyboru w celu ratowania dziecka jest więc natychmiastowe wykonanie cięcia cesarskiego. Częstość przedwczesnego oddzielenia się łożyska, w zależności od przyjętych kryteriów diagnostycznych, szacuje się na 0,5–1,5% wszystkich ciąż. Znaną przyczyną jest bezpośredni uraz mechaniczny macicy np. w wyniku wypadku komunikacyjnego. Do czynników ryzyka zaliczane są ponadto: nadciśnienie tętnicze (m.in. stan przedrzucawkowy i rzucawka), wrodzone wady macicy, krótka pępowina, zespół (ucisku) żyły głównej dolnej, nikotynizm, niedobór kwasu foliowego.

Łožysko przyrośnięte (łac. *placenta accreta*) jest przykładem nieprawidłowej implantacji, w wyniku której kosmki łożyska wnikają zbyt głęboko do doczesnej gąbczastej i dochodzą do *myometrium* (mięśniówki macicy). Łagodniejszą postacią jest **łożysko przylegające** (łac. *placenta adherens*), a postaciami bardziej zaawansowanymi są **łożysko wrośnięte** (łac. *placenta increta*), kiedy kosmki wrastają w *myometrium*, oraz **łożysko przerośnięte** (łac. *placenta percreta*), gdy kosmki penetrują przez całą grubość macicy i poza nią. We wszystkich powyższych przypadkach w okresie łożyskowym porodu (okres III) nie dochodzi do samodzielnego wydalenia łożyska, występują groźne krwotoki i atonia macicy, w przypadkach łożyska wrośniętego i przerośniętego niemal zawsze zmuszające do poporodowego wycięcia macicy.

Poród przedwczesny

Oznacza zakończenie ciąży w okresie od rozpoczęcia 23. tygodnia, a przed końcem 37. tygodnia. Mimo znacznego postępu w zakresie profilaktyki i leczenia porodów przedwczesnych ich częstość w krajach rozwiniętych utrzymuje się na poziomie 8–10% i stanowi największy problem we współczesnym położnictwie, gdyż ściśle wiąże się z główną przyczyną zgonów noworodków – wcześniactwem. Ponadto wczesne i późne powikłania wcześniactwa przysparzają wielu kłopotów rodzinie, opiece zdrowotnej i całemu społeczeństwu, gdyż mają znaczenie także w wymiarze socjoekonomicznym. Przyczyny i czynniki ryzyka porodu przedwczesnego podano w tab. 3.2.

Odpowiednio wczesne wdrożenie skutecznego leczenia (np. tokolitycznego – hamującego czynność skurczową macicy – i(lub) zapobiegającego skracaniu się szyjki macicy, podanie leków steroidowych przyspieszających rozwój płuc płodu) jest niezmiernie ważne, gdyż przedłużając czas trwania ciąży, redukuje zagrożenia związane z niedojrzałością noworodka.

Tabela 3.2. Przyczyny i czynniki ryzyka porodu przedwczesnego

CZYNNIKI SOCJALNE: niski status ekonomiczny ciężarnej, niski poziom wykształcenia, nieprawidłowy sposób odżywiania i niedożywienie podczas ciąży, ciężka praca fizyczna, stres, używki (papierosy, alkohol, narkotyki), wiek poniżej 18. roku życia i powyżej 35 lat u pierwiastek

OBCIĄŻONY WYWIAD POŁOŻNICZY: przebyte poronienia samoistne i sztuczne, martwe urodzenia, poród przedwczesny w przeszłości

ZMIANY DOTYCZĄCE MACICY: niewydolność szyjki macicy (niewydolność cieśniowo-szyjkowa), wady anatomiczne macicy (np. przegrody), mięśniaki (liczne, o znacznych rozmiarach lub szczególnym umiejscowieniu)

CHOROBY CIĘŻARNEJ: nadciśnienie tętnicze (stan przedrzucawkowy i rzucawka), zakażenia układu moczowego i inne stany zapalne (np. zapalenie płuc, wyrostka robaczkowego, górnych dróg oddechowych), niedokrwistość, nadczynność tarczycy, choroby i wady serca

PATOLOGIE DOTYCZĄCE PŁODU: wielowodzie (nadmiar płynu owodniowego), ciąża mnoga (przedwczesna czynność skurczowa w związku z nadmiernym powiększeniem i rozciągnięciem mięśnia macicy), zakażenie wewnątrzmaciczne, przedwczesne odpinięcie płynu owodniowego, łożysko przodujące, przedwczesne oddzielenie się łożyska

Objawy zagrażającego porodu przedwczesnego to: łagodne skurcze (stawiania) mięśnia macicy, uczucie parcia w dole brzucha, zmiana charakteru lub ilości wydzieliny pochwowej, bóle w okolicy krzyżowej. Wystąpienie porodu przedwczesnego oznacza obecność skurczów macicy, powodujących skracanie się szyjki macicy z rozwieraniem jej ujścia wewnętrznego, czemu często towarzyszy plamienie. Pęknięcie błon płodowych i odpiływanie płynu owodniowego potwierdza nieodwracalnie poród przedwczesny i w większości przypadków zmusza do przedwczesnego zakończenia ciąży ze względu na ryzyko zakażenia wewnątrzmacicznego.

Konflikt serologiczny

Polega na wytwarzaniu przez organizm ciężarnej przeciwciał odpornościowych skierowanych przeciw antygenom krwinek czerwonych płodu, dziedziczonych od ojca. Jest on wynikiem niezgodności serologicznej i dotyczy najczęściej antygenów krwinkowych układu Rh. Konflikt może zaistnieć, gdy erytrocyty matki są Rh-ujemne (-), a krwinki płodu Rh-dodatnie (+), czyli zawierają antygen D. W tym przypadku dziecko odziedziczyło dodatni antygen D od ojca. Należy podkreślić, że zawsze istnieje możliwość odziedziczenia przez dziecko genotypu Rh(-), mimo że ojciec ma antygen D, czyli jest Rh(+). Jeżeli erytrocyty płodu zawierają antygen D, to przez organizm matki będą rozpoznawane jako obce, wskutek czego wytworzone przeciwciała, przechodząc do układu krążenia płodowego, będą w nim niszczyć erytrocyty, powodując niedokrwistość hemolityczną, z następowym ryzykiem obumarcia płodu. Do immunizacji matki krwinkami płodu może dochodzić podczas porodu i w okresie przedporodowym oraz w wyniku poronienia. Dlatego konflikt serologiczny w pierwszej ciąży występuje bardzo rzadko i najczęściej jest spowodowany przeprowadzaniem inwazyjnych badań prenatalnych (np. amniopunkcja – nakłucie jamy owodni, kordocenteza – nakłucie naczynia pępowinowego), ale ujawnia się z dużą intensywnością w kolejnych ciążach.