

deosebită a unei abordări integrate a tratamentului gravidelor cu DZ (care include informarea pacientelor, necesitatea respectării regimului alimentar, medicația optimă), chestionarul a inclus întrebări cu privire la aceste aspecte importante. Gradul de aderență la prescripțiile medicale a fost evaluat astfel: ridicat, în cazul în care suma punctelor acumulate a fost între 5 și 6 puncte; intermediar, între 3 și 4 puncte; și scăzut, între 0 și 2 puncte.

Rezultate

Analiza chestionarelor a arătat că toate gravidele (100%) cu DZ1 au folosit glucometrul în timpul sarcinii, comparativ cu 70% dintre cele cu DZ2 și doar 26% dintre femeile cu DG ($p=0,0075$). Motivele acestei discrepante includ factori economici, cum ar fi costul ridicat al glucometrelor și testelor, precum și lipsa informațiilor despre importanța autotestării glicemiei pentru menținerea valorilor normale în timpul sarcinii.

Datele autocontrolului glicemiei au arătat că gravidele cu forme pregestaționale de DZ au fost mai disciplinate, probabil datorită duratei mai îndelungate a bolii și a nivelului mai ridicat de educație, în comparație cu femeile cu DG. Astfel, 68,6% dintre gravide cu DZ1 și 45,0% dintre cele cu DZ2 au efectuat monitorizarea regulată a glicemiei, în timp ce doar 28,2% dintre gestantele cu DG au făcut acest lucru. S-a constatat că 64,9% ($I\ddot{I}_{95}: 52,5102\% - 77,2907\%$) dintre gravidele cu DG nu au efectuat deloc autotestarea glicemiei, invocând lipsa de informații despre importanța autocontrolului în sarcină și profilaxia complicațiilor.

În ceea ce privește dietoterapia, s-a constatat că 79,5% dintre femeile cu diferite forme de DZ au respectat regimul alimentar prescris, în timp ce 20,5% nu au urmat dieta ($I\ddot{I}_{95}: 36,7810\% - 72,6105\%$, $\chi^2=28,689$, $p<0,0001$).

Analiza numărului de vizite la endocrinolog a relevat variații în funcție de tipul DZ. Majoritatea gravidelor cu DZ1 și DZ2 au consultat endocrinologul de două sau mai multe ori în timpul sarcinii (82,9% și, respectiv, 75,0%). În contrast, 10,5% dintre femeile cu DG nu au consultat deloc un endocrinolog, ceea ce a determinat o aderență mai scăzută la tratament în această grupă.

Un alt aspect cercetat a fost nivelul de informare al gravidelor privind riscul de morbiditate la nou-născutul provenit din mame cu DZ. Un număr semnificativ de respondente (DZ1 – 25,8%; DZ2 – 20,0%), în special femeile cu DG (43,9%, $I\ddot{I}_{95}: 31,0165\% - 56,7835\%$), erau neinformate, ceea ce a contribuit la o aderență mai scăzută la prescripțiile medicale.

Pentru a evidenția rolul complianței la tratament al gravidelor cu DZ, s-a efectuat o analiză corelațională între gradul de aderență și rezultatele perinatale. Rezultatele studiului nostru au arătat că la gravidele cu DZ pregestațional (DZ1 și DZ2), aderența la tratament și urmărirea recomandărilor medicului au fost ridicate (DZ1 – 94,3% și DZ2 – 65,0%). Totuși, acest fapt nu a influențat semnificativ rezultatele finale materne sau perinatale, deoarece acestea au fost dictate de gravitatea bolii în sine și de prezența complicațiilor diabetice pregravidare.

Gravidele cu DG au prezentat cea mai mică aderență la tratament (49,1% cu scor <2 puncte). Astfel, la gravidele cu scoruri scăzute care nu au reușit să mențină valorile normale ale glicemiei bazale (GB), nou-născuții au prezentat mai frecvent semne de fetopatie diabetică comparativ cu femeile cu scoruri ridicate și care au menținut valorile țintă ale GB (48,0% vs. 21,9%) [$\chi^2=4,226$, $gl=1$, $p=0,0398$]; acești copii au avut nevoie mai des de îngrijiri în cadrul secției RTI nou-născuți (36,0% vs. 9,4%) [$\chi^2=5,867$, $gl=1$, $p=0,0154$] și, totodată, au fost diagnosticate mai multe infecții neonatale (36,0% vs. 9,4%) [$\chi^2=5,867$, $gl=1$, $p=0,0154$].

Concluzii

Studiul a arătat că o complianță bună la tratament are un efect benefic asupra evoluției sarcinii și a rezultatelor perinatale, preponderent la gravidele cu diabet gestațional. Pregătirea adecvată pregravidară și respectarea cu strictețe a prescripțiilor medicale de către gravidele cu orice tip de DZ poate îmbunătăți prognosticul, reducând incidența complicațiilor și a numărul de spitalizări.

CZU: 618.5-089.888.19618.1-089-06:616.381-003.6-02



CONDUITA GRAVIDELOR CU RUPEREA PRENATALĂ A MEMBRANELOR AMNIOTICE PRETERMEN

Mihai Surguci¹, Hristiana Caproș², Veronica Cotelea³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

Cuvinte-cheie: rupere prenatală a membranelor pretermen (RPMA), mortalitate perinatală, morbiditate perinatală, naștere prematură

Introducere

Ruperea prenatală a membranelor pretermen (RPMA) reprezintă ruperea spontană a pungii amniotice înainte de termen, ceea ce complică aproximativ 2%-3% dintre toate nașterile și este asociată cu un risc crescut de naștere prematură, fiind responsabilă pentru circa 1/3 din toate nașterile premature. RPMA este asociată cu o mortalitate neonatală ridicată, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. RPMA constituie un factor de risc major al complicațiilor neonatale și materne, inclusiv o cauză a decesului neonatal în 1%-2% dintre toate nașterile. Conduita gravidelor cu RPMA reprezintă o provocare pentru specialiștii obstetricieni și neonatologi, luând în considerare atât riscurile asociate prematurității, cât și cele legate de prelungirea îndelungată a sarcinii. Prin urmare, decizia unei nașteri pretermen trebuie susținută de dovezi clinice solide, în timp ce managementul expectativ necesită spitalizare și administrare a unui tratament medicamentos, generând costuri semnificative pentru sistemul de sănătate.

Scopul acestui studiu este de a evalua conduita gravidelor cu rupere prenatală a membranelor amniotice pretermen, pentru îmbunătățirea rezultatelor perinatale.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu primar descriptiv, bazat pe o serie de cazuri, pe un lot de 7430 de paciente la care nașterea s-a complicat cu ruperea prenatală a membranelor amniotice pretermen. Studiul a fost efectuat pe un eșantion de 193 de cazuri care s-au soldat cu ruperea prematură pretravaliu a pungii amniotice cu perioadă alichidiană îndelungată (≥ 48 h). Cercetarea a fost organizată și realizată în cadrul IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, în secțiile obstetricale nr. 1, nr. 2 și nr. 3, cu aprobarea administrației instituțiilor respective pentru colectarea și prelucrarea datelor primare în perioada anilor 2018-2022. Datele colectate au fost analizate folosind programele R Studio versiunea 4.1.3 și IBM SPSS Statistics versiunea 26.0, asigurând astfel validitatea și reproductibilitatea procedurilor efectuate. Pentru toate testele statistice aplicate în cadrul acestei lucrări, valoarea prag a fost considerată valoarea 0.05.

Rezultate

Repartizarea lotului în funcție de vârstă a fost următoarea: 22 de paciente (11,40%) cu vârsta cuprinsă între 18 și 24 de ani, 49 de paciente (25,39%) în intervalul de vârstă 25-29 de ani, 78 de paciente (40,41%) cu vârsta cuprinsă între 30 și 35 de ani, 35 de paciente (18,13%) în intervalul 36-41 de ani și 9 paciente (4,66%) cu vârsta între 42 și 48 de ani. În ceea ce privește parietatea, 84 de paciente (43,52%) au fost primipare, 67 (34,72%) secundipare și 42 (21,76%) multipare. Termenul de gestație la care a survenit ruperea prematură pretravaliu a membranelor amniotice a fost distribuit astfel: 24-27⁺⁶ s.a. – 20 de cazuri (10,36%), 28-31⁺⁶ s.a. – 42 de cazuri (21,76%), 32-33⁺⁶ s.a. – 51 de cazuri (26,42%) și la 34-36⁺⁶ s.a. – 80 de cazuri (41,45%). Conduita expectativă a cazurilor cu RPMA și perioada alichidiană ≥ 48 h a fost aplicată în 100% dintre cazuri. Dintre acestea, 118 femei (61,14%) au născut *per vias naturalis*, în timp ce 75 de femei (38,86%) au născut prin operație cezariană. S-au înregistrat 9 cazuri (4,68%) de naștere cu prematuritate extremă, 41 de cazuri (21,32%) de naștere cu prematuritate severă, 35 de cazuri (27,49%) de naștere cu prematuritate moderată, 89 de cazuri (45,8%) cu prematuritate aproape în termen și 19 cazuri (10%) de naștere la termen. Analiza corelațională a stabilit o corelație ρ Spearman directă puternică ($r=0,79$), ($p<0,0001$) între vârsta de gestație la care a survenit RPMA și aplicarea terapiei tocolitice cu utilizarea blocantelor canalelor de calciu. De asemenea, s-a constatat o corelație ρ Spearman inversă puternică $r=-0,62$, ($p<0,0001$) între vârsta gestațională și utilizarea profilaxiei de detresă respiratorie, precum și o corelație ρ Spearman inversă bună $r=-0,73$, ($p<0,0001$) între vârsta gestațională și aplicarea neuroprofilaxiei fetale. Complicațiile materne asociate RPMA și perioadei alichidiene îndelungate au inclus 22 de cazuri (11,44%) de corioamnionită, 20 de cazuri (10,40%) de hemoragii în timpul nașterii, 10 cazuri (5,20%) de hemoragii post-partum și 6 cazuri (3,12%) de endometrită pos-partum.

Concluzii

Ruperea prenatală a membranelor pretermen rămâne a fi o problemă globală de sănătate publică, având o incidență ridicată de morbiditate și mortalitate neonatală. Conduita pacientelor cu RPMA trebuie să fie individualizată, ținând cont de termenul de gestație, beneficiile prelungirii sarcinii, potențialele riscuri și complicațiile asociate.