

## Concluzii

Studiul a confirmat ca *placenta praevia* este mai frecvent întâlnită la femeile multipare (68%). Factorii de risc major pentru PP menționați în literatura de specialitate au fost evidențiați și în cadrul acestui studiu după cum urmează: prezența în anamneză a avorturilor constatate (49%), a operațiilor cezariene constatate (17%), adenomioza (7%), *placenta praevia* în anamneză (2%). PP este asociată cu o rată înaltă a proximităților materne cauzate de instalarea șocului hemoragic în 14% din cazuri, hemoragii masive în 22% din cazuri, iar rata ridicată a intervenției cezariene (100%) a fost una cu dificultăți tehnice cauzate de *placenta Cezara* în 29% din cazuri, de *placenta accreta* în 10% din cazuri și a necesității de histerectomie în 12% din cazuri.

CZU: 618.5-089.888



## PREINDUCȚIA ȘI INDUCȚIA NAȘTERII LA PACIENTELE CU BOLI NON-TRANSMISIBILE (BNT)

*Irina Castraveț<sup>1</sup>, Victor Petrov<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, cercetător științific

<sup>2</sup>IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

**Cuvinte-cheie:** sarcină, inducție a nașterii, cateter Folley, mizoprostol

### Introducere

În ultimele decenii, datele statistice indică o creștere a numărului de nașteri provocate. Aceasta tendință este generată în mare măsură de numărul tot mai mare de sarcini cu risc, care necesită inducerea nașterii la gravidele cu col uterin imatur. Această intervenție poate conduce, la rândul său, la perturbarea procesului natural de declanșare a nașterii, având consecințe negative asupra evoluției travaliului, cu creșterea intervențiilor obstetricale și a rezultatelor perinatale nefavorabile. Printre complicațiile frecvente care pot apărea se numără hipoxia intrauterină a fătului, distocia colului uterin, insuficiența forțelor de contracție atât primară, cât și secundară, sau insuficiența scremetelor. Procedura de inducere a nașterii poate varia în funcție de regiune și țară, dar prevalența ei este tot mai mare în țările dezvoltate, ajungând să reprezinte până la 25% din totalul nașterilor.

**Scopul** studiului constă în evaluarea eficacității preinducției și inducției nașterii prin metoda mecanică cu aplicarea cateterului Folley.

### Materiale și metode

Studiul a inclus 114 gravide spitalizate în secția Terapiei sarcinii a IMSP Institutul Mamei și Copilului cu BNT la termen >37 s.a. pentru pregătire prenatală și declanșarea nașterii, având în vedere riscurile majore pentru mamă și făt. Maturația colului uterin a fost evaluată conform scorului Bishop, arătând un col imatur (scorul 3-5 puncte) la toate gravidele. Factorii de excludere pentru efectuarea preinducției au inclus indicațiile pentru operația cezariană electivă, ruperea prematură a membranelor și procesele inflamatorii ale cailor de naștere. Astfel, la toate pacientele, pentru preinducție s-a utilizat cateterul Folley, 18 G, cu un volum de 30-50 ml. Rezultatele au fost evaluate conform scorului Bishop peste 18 ore sau la debutul travaliului, cu înlăturarea ulterioară a dispozitivului. În cazurile în care acțiunea mecanică de pregătire a colului uterin timp de 18 ore a fost insuficientă, s-a continuat preinducția cu o doză de prostaglandina E<sub>1</sub> (PG E<sub>1</sub>) – Mizoprostol 25 μg oral, eficacitatea etapei a doua de preinducție fiind apreciată la 24 de ore. La gravidele cu col uterin matur, inducerea nașterii a fost realizată prin amniotomie, iar la cele cu col uterin imatur s-a recurs la administrarea PG E<sub>1</sub> în forma buvabilă.

### Rezultate

În 111 (96,5%) cazuri, aplicarea cateterului Folley a condus la modificări structurale ale colului uterin. La 19 (16,6%) gravide, pe fondul aplicării cateterului Folley, nașterea a debutat într-un interval de 6-18 ore. La evaluarea stării colului uterin peste 18 ore, s-a constatat că la 66 (57,9%) de paciente scorul Bishop a fost mai mare de 5 puncte, ceea ce a permis inducerea ulterioară a nașterii prin amniotomie sau administrarea PG E<sub>1</sub> – forma buvabilă. La 29 (25,4%) paciente, cu scopul continuării preinducției, s-a

administrat Mizoprostol într-o priză. La examinarea peste 24 de ore, doar la 3 gravide (2,6% din numărul total de preinducții sau 10,3% din numărul gravidelor cu administrare de PG), nu s-au observat schimbări structurale ale cervixului.

Conform rezultatelor studiului, maturația colului uterin s-a obținut în 42 de ore de la inițierea preinducției în 97,3% din cazuri.

Ținem să vă informăm că procentul nașterilor naturale a fost de 80,7%, dar totodată, au necesitat stimularea forțelor de contracții în travaliu 40 de parturiente, ceea ce a reprezentat 35,1% din cazuri. Din cazurile cu insuficiență a forțelor de contracție, 77,5% din cazuri s-au supus corecției după administrarea soluției de oxitocină, iar într-un caz (2,5%) de insuficiență a scremetelor, s-a aplicat ventuza obstetricală. Analizând datele cercetării, putem sublinia faptul că în lotul de studiu, operația cezariană a fost efectuată doar în 19,4% din cazuri. Indicațiile pentru finalizarea urgentă a nașterii au inclus hipoxia acută intrauterină a fătului (33,3%), făt macrosom (22,2%) în asocieră cu lichid amniotic meconial (16,7%) și altele (27,8%).

## Concluzii

La gravidele cu BNT care au necesitat inducerea nașterii pe fundalul unui col imatur, aplicarea cateterului Folley pentru preinducție s-a dovedit a fi o metodă eficientă, maturația colului uterin fiind obținută în primele 18 ore în 74,6% din cazuri.

În lipsa efectului de maturație necesar la utilizarea cateterului Folley, administrarea PG într-o priză a permis majorarea numărului de paciente cu condiții optime pentru inducere încă în 22,8% din cazuri. La aplicarea metodei mecanice de preinducție în combinație cu PG E<sub>1</sub> în doză de 25 μg oral, maturația colului uterin s-a realizat în primele 42 de ore la 97,3% din gravide. Astfel, schema propusă s-a dovedit a fi ineficientă doar în 2,6% din totalul cazurilor din studiu.

Datorită preinducției eficiente, finalizarea nașterilor *per vias naturalis* a fost înregistrată în 80,7% din cazuri, în timp ce în fiecare al cincilea caz s-a efectuat operația cezariană de urgență.

CZU: 618.331



## PREZENTAȚIA TRANSVERSALĂ A FĂTULUI ÎN CONCEPTUL OBSTETRICAL CONTEMPORAN. CAZ CLINIC

*Constantin Burnusus<sup>1</sup>, Diana Antoci<sup>2</sup>*

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

<sup>2</sup> USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

**Cuvinte-cheie:** prezentație transversală a fătului, varietate dorsoanterioară, varietate dorsoposterioară, prezentație a umerășului

## Introducere

Prezentația transversală a fătului (PTF) reprezintă o naștere distocică rar întâlnită, având o frecvență de aproximativ 3 cazuri la 10000 de nașteri, cu un grad ridicat de risc atât pentru mamă, cât și pentru nou-născut. Prezentația transversală a fătului apare atunci când axul fetal longitudinal este poziționat transversal față de axul lung al uterului și formează cu acesta un unghi de 90°. În această situație, capul fătului este înclinat într-o parte de la linia mediană a corpului gravidei și se află mai sus de crista iliacă.

Etiologia PTF poate fi atribuită atât factorilor materni, cât și celor fetalii. Printre cauzele materne se numără multiparitatea (mai mult de 2 nașteri anterioare), anomaliile uterine și ale ductului Mullerian, precum și prezența unui bazin îngust. În ceea ce privește cauzele fetale, se remarcă nașterile premature, sarcina multiplă, polihidramniosul, placenta praevia cu blocarea pelvisului, cordonul ombilical scurt și anomalii fetale.

Prezentația transversală implică o serie de particularități obstetricale, ceea ce a determinat decizia noastră de a investiga această problemă în detaliu.

## Scopul

Elucidarea aspectelor clinice și paraclinice în diagnosticul și managementul PTF, în conformitate cu conceptul obstetrical actual.