

A. Serbenco, Șt. Gațcan, Victoria Trestian
REZULTATELE SARCINII ȘI NAȘTERII LA GRAVIDELE CU PREZENTAȚIE PELVIANĂ A FĂTULUI
(studiu retrospectiv, date preliminare)

USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF
(Șef catedră – prof.univ., dr. hab. med. Olga Cernețchi)
IMSP Institutul Mamei și Copilului (director – dr. șt. med., conf. univ. Ștefan Gațcan)

SUMMARY

PREGNANCY AND CHILDBIRTH OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH BREECH PRESENTATION OF FETUS
(retrospective study, preliminary data)

Key words: pregnancy, childbirth, breech presentation, fetus, complications, morbidity, mortality.

The data of a prospective study which estimated pregnancy and childbirth outcomes in women with breech presentation of fetus are presented herein. The basic group consisted of 258 pregnant women with breech presentation of fetus, which gave birth in the IIIrd level Perinatal center of the PMSI Mother and Child Institute of the Republic of Moldova. The age of patients included in the study has varied between 16 and 45 years old. The control group included 101 almost healthy pregnant women. Pregnancy and birth of 74,4% of pregnant women with breech presentation have evaluated on the basis of a worsened somatic status. The course of pregnancy was complicated by iron deficiency anemia in 42,6% of women, by preeclampsia – in 8,5%, by imminence of premature birth – in 36,4% of pregnant women. Pathology of amniotic fluid (oligo- and polihydroamniosis) was detected in 21,7% of pregnant women. 25,6% of women gave birth vaginally, in other 74,4% cases pregnancy ended by caesarean section. Labor was initiated against the background of prenatal membranes rupture in 53,5% of pregnant women. The labor has aggravated by the anomaly of contraction forces in 6,6% of pregnant women. The expulsion period of fetus was complicated by arms lifting in 3,1%, by head retaining in 1,9% of newborns. During the period of confinement there were observed subinvolution of uterus, lohiometria, endometritis in 8,1% young mothers. Obstetric maneuvers to end the birth were applied to 89% of women. 10,1% of newborns were born premature. In light asphyxia there were born 33,7% of babies, with moderate asphyxia – 7,4%, with severe – 3,1% of newborns. With respiratory distress signs there were born 11,2% of babies, 7,3% – with HIV, diabetic fetopathy – 1,4 % of babies. Infectious morbidity in newborns has made up 15,2%. Perinatal mortality was recorded in 15 (58,1%) babies, of them died antenatal 6 (2,33%) babies, intranatal – 2 (0,77%) babies and 7 (2,71%) of babies have died early neonatal.

РЕЗЮМЕ

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА
(ретроспективное исследование, предварительные данные)

Ключевые слова: беременность, роды, тазовое предлежание, осложнения, плод, новорожденный, заболеваемость, смертность.

В данной статье представлены данные исходов беременности и родов у беременных с тазовым предлежанием плода. В основную группу были включены 258 беременных с тазовым предлежанием плода, которые были родоразрешены в Перинатальном центре III уровня Института Матери и Ребенка Республики Молдова. Контрольная группа составила 101 здоровых беременных. Возраст беременных включенных в исследование был выявлен от 16 и до 44 лет. Анамнез был отягощен экстрагенитальной патологией у 74,4% беременных. Течение беременности осложнилось железодефицитной анемией у 42,5%, угрозой преждевременных родов у 36,4%, преэклампсией у 8,5% женщин. Через естественные родовые пути были родоразрешены 25,6% женщин, операцией кесарево сечением – 74,4% женщин с тазовым предлежанием плода. Преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался у 53,5%, аномалии родовых сил у 6,6% рожениц. Потужной период осложнился запрокидыванием ручек у 3,1%, разгибанием головки у 1,9% плодов. Субинволюция матки, лохиометра, эндометрит наблюдались у 8,1% родильниц. Акушерские пособия с целью благоприятного окончания родов применялись у 89% родильниц. Преждевременно родились 10,1%, в легкой асфиксии – 33,7%, асфиксии средней степени – 7,4% и асфиксии тяжелой степени тяжести – 3,1% новорожденных. Дисстресс синдром наблюдался у 11,2%, кровотечения в желудочках мозга у 7,3%, диабетическая фетопатия у 1,4% детей. Инфекционная заболеваемость у новорожденных составила 15,2%, перинатальная смертность – 5,8%, из которой антенатальная смертность – 2,33%, интранатальная смертность – 0,8% и ранняя неонатальная смертность – 2,7%.

Actualitatea. Problema abordată este foarte actuală pentru obstetrica contemporană din motivul că prezența pelviană a fătului poate considerabil influența rezultatele nașterii prin sporirea morbidității și mortalității materne și perinatale. Acest fapt este condiționat în primul rând de mortalitatea perinatală foarte ridicată - de 3-5 ori mai mare în comparație cu nașterea în prezența cefalică [1,7]. La copiii născuți în prezența pelviană se observă o morbiditate sporită cu consecințe pe viitor de afectare a dezvoltării cognitive și motorii a copilului, mai frecvent nașterea în prezența pelviană fiind asociată cu paralizia cerebrală infantilă etc. [17]. Incidența prezentației pelviene la făt până la 28 s.g. constituie în jur de 20%, iar către naștere variază de la 3-4%. Poziția normală a fătului prepartum în uter este cea în prezentația cefalică în care capul se găsește mai jos de toate părțile fetale și primul trece prin canalul de naștere și primul se va degaja din fanta genitală [9,11]. Dar se întâmplă și abateri de la regulă. La 3-5,5% din femeile gravide deasupra simfizei sunt amplasate fesele (prezentație fesieră), mai rar picioarele (prezentație podalică) sau fesele și picioarele (prezentație pelviană mixtă). Nașterea în prezentație pelviană poate evolua fiziologic (fără complicații), dar frecvent în nașterea pe cale vaginală pot apărea un șir de complicații la mamă sau făt care pot periclita evoluția fiziologică a travaliului și perioada neonatală la făt, cum este prolapsul de cordon atestat în 0,5% cazuri, în comparație cu nașterile cefalice - 0,4% [2,4,10,16]. Toate acestea contribuie la o morbiditate și mortalitate sporită atât pentru mame, cât și pentru făt și nou-născut [3,14, 15]. De asemenea, la unii din acești copii, pe parcursul vieții, se determină sechele psihomotorii și cognitive [13, 14, 15].

Prezentația pelviană a fătului este condiționată de mai multe cauze și factori care pot apărea în sarcină și pot influența amplasarea părții prezentate a fătului. Din aceste cauze fac parte polihidramniosul, sporirea volumului de lichid amniotic în comparație cu sarcina fiziologică, care mărește vădit mobilitatea fătului în uter, sarcina multiplă [6, 8]. Dimpotrivă, oligoamniotul, anomaliile de dezvoltare ale uterului (uter bicorn, uter dublu), miomul uterin pot contribui la limitarea și suprimarea mobilității fătului în cavitatea uterină. Placenta previa, bazinul anatomic sau clinic strâmtat, anomaliile congenitale fetale soldate cu dimensiuni mari ale capului fetal încurcă fixarea și angajarea capului fetal în strâmtoarea superioară a bazinului mic. De asemenea, o deosebită însemnătate pentru instalarea și fixarea capului fetal la sfârșit de sarcină are și intensitatea tonusului muscular uterin. Hipotonusul uterin contribuie la apariția prezentației pelviene sau transverse a fătului [8, 18].

Scopul lucrării a fost de a analiza rezultatele sarcinii și nașterii la gravidele cu prezentație pelviană a fătului pentru a putea reduce morbiditatea și mortalitatea maternă și perinatală.

Material și metode. S-a efectuat analiza retrospectivă a evoluției sarcinii, nașterii și a perioadei neonatale precoce conform fișelor de naștere (*formularul 096/e*) și fișelor de observație a nou-născuților (*formularul 097/e*) internate în Centrul de perinatologie de nivelul III IMSP Institutul Mamei și Copilului (IMSP IMȘIC) în perioada 01 ianuarie - 31 decembrie 2014.

În total, în perioada de timp menționată, în Centrul de perinatologie IM și C au fost asistate 6490 nașteri, dintre care 258 (3,97%) de gravide cu prezentație pelviană a fătului, care au fost incluse în lotul de bază. Vârsta pacientelor acestui lot a fost între 16 și 44 de ani. Lotul martor l-au constituit 101 de gravide cu prezentație craniană a fătului fiind practic sănătoase. Vârsta pacientelor din lotul martor varia între 16 și 42 de ani.

Diagnosticul de sarcină în prezentație pelviană a fătului a fost confirmat ecografic repetat până la naștere. Practic, toate pacientele au fost internate în maternitatea IMSP Institutul Mamei și Copilului cu aproximativ 2 săptămâni prepartum.

Repartizarea gravidelor incluse în studiu conform vârstei și pe loturi este prezentată în figura 1.

Din *figura 1* se vede că din cele 389 gravide examinate 213 (59,33%) aveau vârsta sub 30 ani, din ele 20 ani - 24(6, 68%), între 21 și 30 - 189(52,65%), între 31 - 40 ani - 142 (39,55%) gravide și numai 4 (1,11%) paciente aveau 41 ani.

Starea nou-născuților la naștere a fost apreciată conform scorului Apgar în primul minut și în minutul cinci de viață. La naștere, în fiecare caz, în afară de medicul obstetrician, a fost prezent și medicul neonatolog care a asistat activ resuscitarea și îngrijirea nou-născutului. Diagnosticul de hipotrofie fetală s-a apreciat conform greutateii fătului la naștere mai mică de 2800 g.

Rezultate și discuții. Incidența prezentației pelviene pe parcursul sarcinii se micșorează treptat de la 20% la 28 săptămâni până la 3-5% prepartum din motivul că o mare parte din nou-născuți de sine stătător cubolta din prezentația pelviană în prezentația craniană. Faptul acesta este un proces activ când fătul sănătos se străduie să-și ocupe locul și poziția cea mai favorabilă în uter. Prezentația pelviană persistentă pe parcursul sarcinii, în majoritatea cazurilor, este dictată de dimensiunile și patologia fătului, volumul lichidului amniotic, de anomaliile de inserție a placentei și de patologia congenitală și dobândită a uterului [5, 8, 9, 12].

În studiul nostru, s-a depistat că sarcina la pacientele cu prezentație pelviană a fătului a evoluat pe un fundal somatic agravat. Maladiile somatice suportate până la sarcină care ar fi putut influența evoluția sarcinii și nașterii la gravidele cu prezentație pelviană sunt prezentate în figura 2.

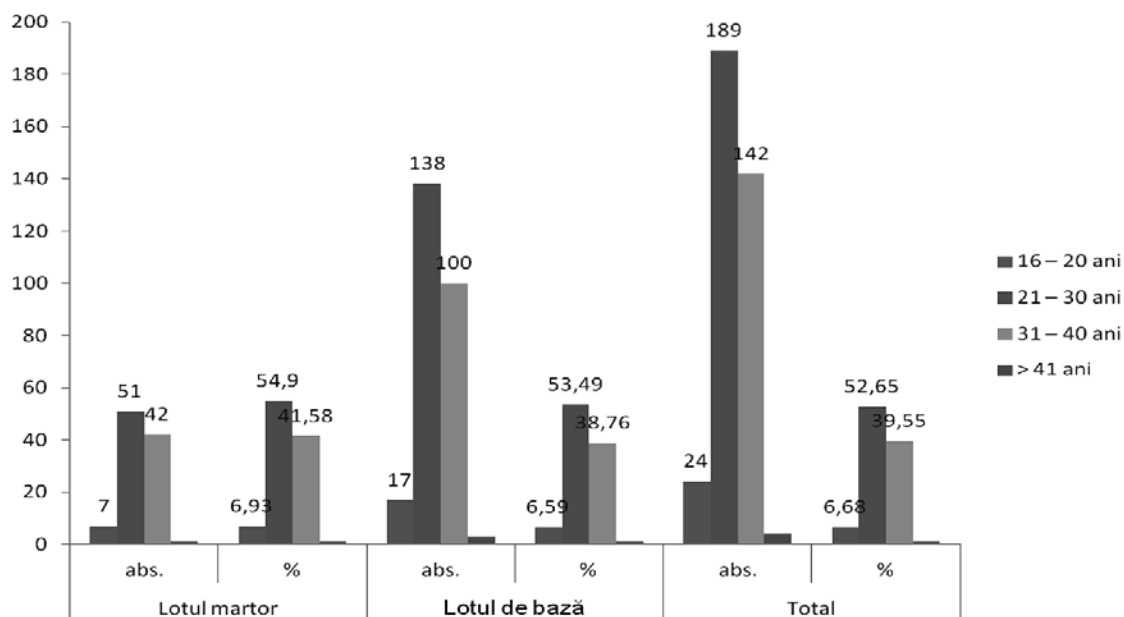


Fig. 1. Repartizarea pacientelor examinate după vârstă și pe loturile de studiu

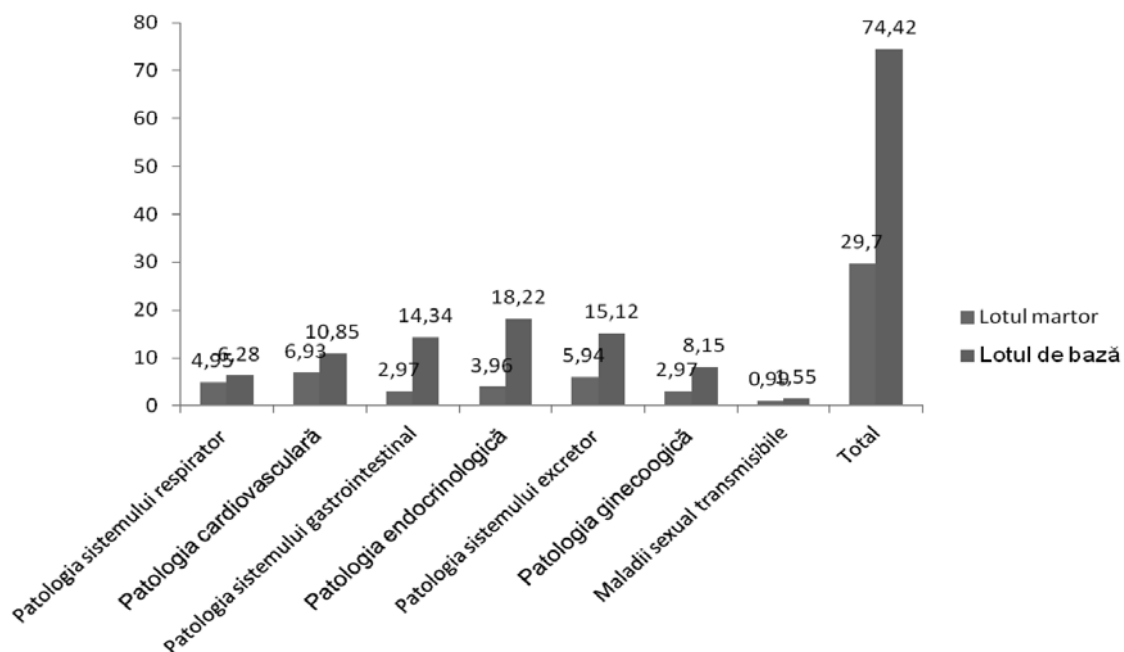


Fig. 2 Incidența maladiilor suportate în antecedente de gravidele cu prezență pelviană a fătului

După cum observăm din această figură, datele despre patologia somatică suportată de gravidele cu prezență pelviană a fătului se repartizează în felul următor: patologia endocrinologică (diabet zaharat, tiroidită, obezitate) - 47(18,22%) gravide în lotul de bază, patologia sistemului excretor (pielonefrită, urolitează) - 39(15,12%), patologia sistemului gastrointestinal (gastrită, colecistită, hepatită etc.) - 37(14,34%), patologia cardiovasculară (vicii cardiace, HTA etc.) - 28(10,85%) gravide cu prezență pelviană, comparativ cu 4(3,96%), 6(5,94%), 3(2,97%), 7(6,93%) respectiv, în lotul martor.

De menționat că patologia ginecologică a uterului (uter bicorn, uter dublu, miom uterin) s-a constatat la 21(8,14%) gravide din lotul de bază, comparativ cu 3(2,97%) din lotul martor.

Astfel, patologia extragenitală și ginecologică la pacientele cu prezență pelviană a fătului s-a depistat la 192(74,42%), comparativ cu 30(29,7%) gravide în lotul martor, ceea ce este de 2 ori mai mult.

Sarcina actuală la pacientele cu prezență pelviană a fătului a evoluat cu diverse complicații. Datele despre evoluția sarcinii la gravidele cu prezență pelviană a fătului sunt incluse în tabelul 1.

Complicațiile sarcinii la gravidele cu prezentație pelviană a fătului

Patologia suportată	Lotul mator (n=101)		Lotul de bază (n=258)	
	abs.	%	abs.	%
Iminentă de avort spontan	12	11,88	71	27,52
Disgravidie precoce	7	6,93	34	13,18
Iminentă de naștere prematură	9	8,9	94	36,43
HIS	5	4,95	26	10,08%
Preeclampsie	3	2,97	22	8,53
Anemie feriprivă	24	23,81	110	42,64
Patologia lichidului amniotic (oligo/ polihidramnios)	5	4,95	56	21,70
Placentă jos inserată, placenta previa	2	1,98	32	12,40

Din datele tabelului 1 rezultă că iminența de avort în trimestrul I se întâlnește la 71 (27,52%), disgravidie precoce – la 34 (13,18%) gravide cu prezentație pelviană a fătului, comparativ cu 12 (12,84%), 7 (6,93%) gravide în lotul mator.

A doua jumătate a sarcinii la pacientele cu prezentație pelviană a fătului se complică cu HIS la 26 (10,08%) gravide, preeclampsie – la 22 (8,53%), anemie fierodeficitară – la 110 (42,64%), comparativ cu 5 (4,95%), 3 (2,97%) și 24 (23,81%) respectiv în lotul mator.

Sarcina actuală la gravidele cu prezentație pelviană a fătului s-a complicat cu patologia lichidului amniotic (oligo- și polihidramnios) la 56 (21,70%) gravide, comparativ cu 5 (4,95%) în lotul de control. Pe lângă cele menționate mai sus, la gravidele cu prezentație pelviană a fătului s-a depistat patologia de inserție a placentei (placenta jos inserată, placenta previa) la 32 (12,40%) gravide, în comparație cu 2 (1,98%) la gravidele din lotul mator.

Analiza rezultatelor nașterii la pacientele cu prezentație pelviană a fătului a evidențiat abateri considerabile de la evoluția fiziologică a ei.

Printre femeile incluse în studiu în lotul de bază sarcina s-a finalizat cu naștere la termen la 226 (87,6 %), cu naștere prematură – la 26 (10,1 %), nașteri suprapurtate - la 6 (2,33 %), comparativ cu 5 (4,95%) care au născut prematur și 2(1,98%) nașteri suprapurtate în lotul de control.

Vom menționa că primipare în lotul de bază au fost 125 (48,45%) paciente, bipare – 94 (36,43 %) și multipare (3- 5 nașteri) - 39 (13,12 %) parturiente, comparativ cu gravide primipare 50 (49,50%), bipare - 41 (40,59%) și multipare - 10 (9,90%) în lotul mator.

În nașterile finalizate pe cale vaginală sau prin operația cezariană s-au depistat următoarele modalități de angajare a pelvisului la strâmtoarea superioară a bazinului mic: fesieră la 205 (79,46%), inclusiv fesieră decompilată la 147 (71,71 %) și fesieră completă – la 58 (28,29%) gravide. Prezentația podalică s-a

constatat la 45(15,62 %) parturiente, inclusiv podalică decompilată – la 27(60,00%) și podalică completă - la 18 (40,00 %).

Din numărul total de paciente cu prezentație pelviană a fătului au născut pe cale vaginală numai 73 (28,29%) parturiente. Prin operația cezariană sarcina s-a rezolvat la 185 (71,70%), gravide, comparativ cu 92 (91,01%) și 9 (8,9%) parturiente în lotul mator. Din numărul total de operații cezariene, operație cezariană de urgență s-a efectuat la 147 (79,46%) și operație cezariană programată – la 38 (20,54%) paciente. Complicațiile în naștere la pacientele cu prezentație pelviană a fătului sunt redate în *tabelul 2*.

De menționat că în total pe cale vaginală au născut 66 (25,58%) parturiente cu prezentație pelviană a fătului. Trăvialul la o mare parte din parturientele lotului de bază a evoluat pe fundal de RPPA - 138 (53,49%) cazuri, circulara de cordon ombilical s-a atestat la 82(31,73%), prolabarea de cordon ombilical - la 20(7,75%) parturiente. Nașterea la unele parturiente cu prezentație pelviană a fătului s-a complicat cu perioadă alichidiană îndelungată - la 9(3,49%), cu corioamninită – la 14(5,43%) parturiente. Evoluția fiziologică a trăvialului la parturientele din lotul de bază s-a complicat cu anomalia forțelor de contracție - 8(3,10%) cazuri, hemoragie post-partum - 17(7,36%), dezlipirea placentei normal inserate - 6(2,33%) parturiente. Perioada de expulzie a fătului la parturientele cu prezentație pelviană s-a agravat cu ridicarea brațelor la 8(3,10%), reținerea capului din urmă la 5(1,84%) paciente. Traumatismul căilor moi de naștere s-a depistat în 10(15,15%) cazuri, comparativ cu 11(10,89%) în lotul de control.

În legătură cu evoluția patologică a nașterii la pacientele cu prezentație podalică a fătului, pentru a evita morbiditatea, mortalitatea maternă și neonatală au fost aplicate mai multe manopere obstetricale (tab. 3) .

Tabelul 2.

Complicațiile în naștere la pacientele cu prezentație pelviană a fătului

Complcațiile în naștere	Lotul martor (n=101)		Lotul de bază (n=258)	
	abs.	%	abs.	%
Naștere pe cale vaginală	92	91,1	66	25,58
Operație cezariană	9	8,9	192	74,42
RPPA	24	23,96	138	53,49
Prolabare de cordon ombilical	1	0,99	20	7,75
Circulară de cordon ombilical	18	17,82	82	31,73
Perioadă alichidiană îndelungată	2	1,98	9	3,49
Corioamnionită	1	0,99	14	5,43
Hipoxie fetală incipientă (ape verzi, meconiale)	3	2,97	15	7,75
Anomaliile forțelor de contracție	4	3,96	19	6,60
Hemoragie post-partum	2	1,98	17	7,36
Decolarea placentei normal inserate	1	0,98	6	2,33
Ridicarea brațelor	0	0	8	3,10
Reținerea capului din urmă	0	0	5	1,94
Ruptură de col, vagin	5	4,95	4	6,06
Ruptură de perineu	6	5,94	6	9,09

Tabelul 3

Manopere obstetricale aplicate în nașterea pe cale vaginală în prezentația pelviană a fătului

Manopere obstetricale	Lotul martor (n=101)		Lotul de bază (n=66)	
	abs.	%	abs.	%
Dezlipirea manuală a placentei	2	1,98	4	6,06
Controlul instrumental al uterului	3	2,97	4	6,06
Amniotomie	5	4,95	8	12,12
Perineotomie	6	5,94	46	69,70

Astfel, în nașterea per vias naturalis procedeul Tovanov a fost aplicat la 53(80,30%) parturiente, procedeul Braith – la 13(19,70%), procedeul clasic de eliberare a mânușelor – la 13 (19,70%), procedeul de eliberare a căpușorului Mauriceau-Lavret-Smeillet-Weit – la 5(7,58%).

La indicații obstetricale și fetale amniotomia s-a efectuat la 8(12,12%), dezlipirea manuală a placentei - la 4(6,06%), perineotomia – la 46(69,70%) parturi-

ente, controlul instrumental al uterului- la 4(5,48%) lăuze, comparativ cu 5(2,97%), 2(1,98%), 6(5,94%), 3(2,97%), respectiv în lotul martor (vezi tabelul 3).

Evoluția defavorabilă a sarcinii și nașterii la gravidele din lotul de bază s-a răsfrânt nefavorabil și asupra evoluției perioadei de lăuzie. Complicațiile puerperale care s-au întâlnit la acest contingent de lăuze sunt prezintate în tabelul 4.

Tabelul 4.

Complicațiile atestate în perioada post-parum la lăuzele din lotul de bază

Complicații	Lotul martor (n=101)		Lotul de bază (n=258)	
	abs.	%	abs.	%
Subinvoluția uterului și lohimetria	3	0,97	12	4,65
Endometrită	2	1,98	9	3,49
Supurarea suturii pe perineu (n=66)	1	0,99	3	4,54
Supurarea plăgii postcezariene (n=192)	0	0	11	5,73
Febră de etiologie necunoscută	4	3,96	24	9,30
Lactostază	11	10,89	21	8,14
Total	21	20,79	90	34,88

Datele din tabelul 4 ne vorbesc despre unele complicații ale perioadei de lăuzie la 90 (34,88%) paciente din lotul de bază, comparativ cu 21(20,79%) lăuze din lotul martor.

Analiza retrospectivă a stării generale a celor 258 nou-născuți ai mamelor incluse în studiu în lotul de bază depistat unele dereglări și încetinirea adaptării la mediul extern de viață la mai mulți copii.

După naștere, 144(55,81%) de copii au fost apreciați cu 8 – 10 puncte după scorul Apgar în primul minut de viață. Dereglări ale stării generale s-au depistat la 114(33,72%) de copii (vezi figura 3).

Cu scorul Apgar 6-7 puncte în primul minut de viață s-au născut 87(33,72%), comparativ cu 5(4,95 %) nou-născuți din lotul martor, iar cu 4- 5 puncte au fost apreciați 19(7,36%) copii din lotul de bază, comparativ cu 1 (0,99 %) din lotul martor. Asfixie severă (1-3 puncte Apgar) s-au prezentat 8(3,10%) nou-născuți ai mamelor din lotul de bază, comparativ cu 0 copii în lotul martor.

Repartizarea copiilor din lotul de bază (258) și lotul martor (101) în funcție de masa corporală este reprezentată în figura 4.

Astfel, în lotul de bază nou-născuții cu greutatea corporală mai mică de 1000 g au constituit 7,75%, cu 1000 –1500 g - 4,65%, cu 1500-2000 g-3,98%, cu 2001–2500 g – 5,84 %, cu 2501–3000 g - 13,59%, cu 3001– 500 g – 31,78%, cu 3051–4000 g – 29,07% și peste 4000 g-3,88% copii.

Morbiditatea la copiii născuți din mamele cu prezență pelviană este prezentată în tabelul 5.

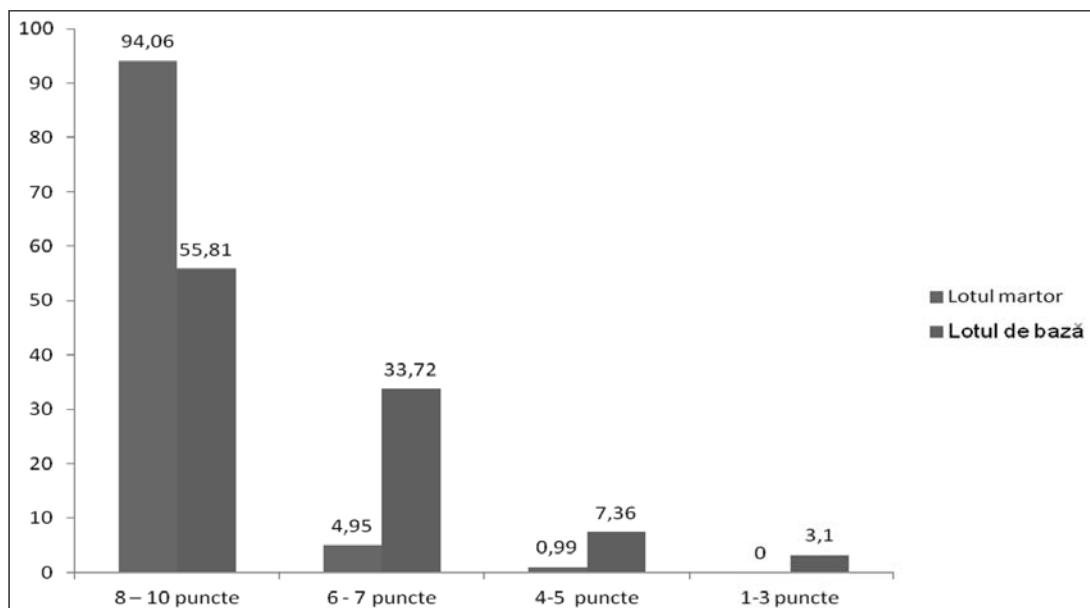


Fig. 3 . Aprecierea stării nou-născuților mamelor din lotul de bază după scorul Apgar în primul minut de viață

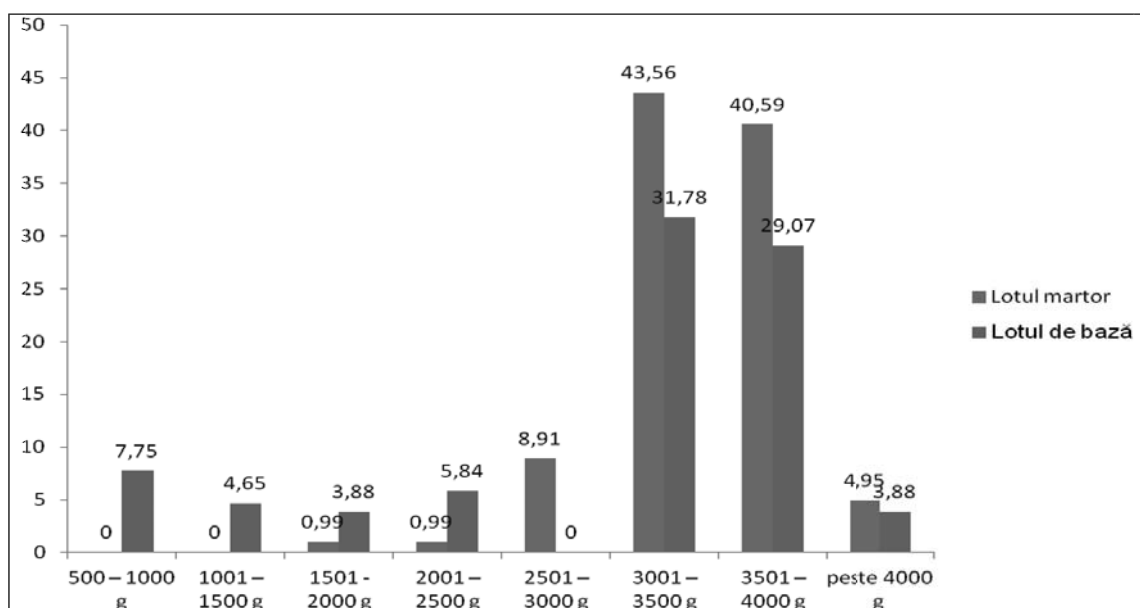


Fig. 4. Repartizarea copiilor (%) din mame cu prezență pelviană în funcție de masa corporală

Morbiditatea nou-născuților din mamele cu prezentație pelviană a fătului

Stările patologice	Lotul martor (n=101)		Lotul de bază (n=258)	
	abs.	%	abs.	%
Asfixia nou-născutului	6	5,94	124	48,06
Hipotrofie fetală	5	4,95	43	16,67
Prematuritate	2	1,98	26	10,08
Detresă respiratorie	2	1,98	29	11,24
HIV	0	0	21	8,14
Fetopatie diabetică	0		4	1,55
Malformații congenitale	1	0,99	6	2,33

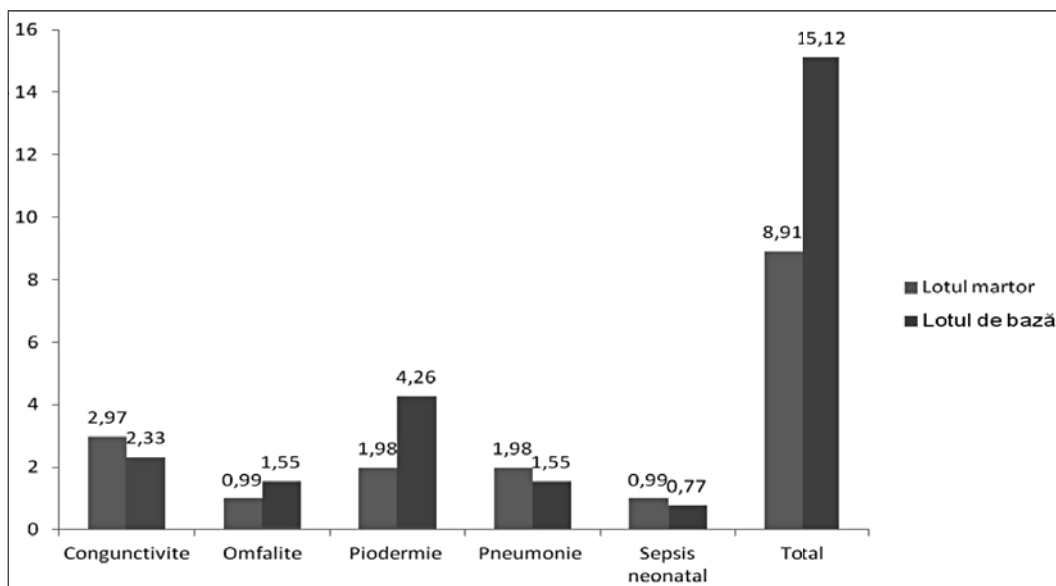


Fig. 5. Frecvența maladiilor infecțioase la nou-născuții din mamele cu prezentație pelviană

Din tabelul prezentat mai sus se vede că în lotul de bază în asfixie s-au născut 124 (48,06 %) copii, cu semne de imaturitate - 65 (25,19%), cu RDIU - 43 (14,93%), detresă respiratorie - 29 (11,24%), fetopatie diabetică - 4 (1,55%). De asemenea 6 (2,33 %) copii s-au născut cu malformații congenitale, comparativ cu 1 (0,99%) în lotul martor.

Frecvența maladiilor infecțioase ale copiilor născuți de mamele din lotul de bază este prezentată în figura 5.

Conform datelor din figura 5, morbiditatea infecțioasă generală la copiii născuți din mamele cu prezentație pelviană a fătului a constituit 39 (15,12%) cazuri, comparativ cu 9 (8,91%) în lotul martor. Rata infecțiilor în lotul de bază a fost următoarea: conjunctivite - 6 (2,33% cazuri, omfalită - 4 (1,38%), piodermie - 11 (3,82%), pneumonie - 9 (3,12%), sepsis neonatal - 1 (0,99%) caz.

Mortalitatea perinatală în lotul de bază la copiii născuți din mamele cu prezentație pelviană a fătului a constituit 15 (5,81‰ la 1000 nou-născuți vii), dintre care au decedat antenatal 6 (40%), intranatal 2 (13,3%) și neonatal precoce 7 (46,6%) copii, comparativ cu 0 cazuri în lotul martor.

Astfel, este evident că pe alocuri persistă o relație între prezentația podalică a fătului și evoluția clinică a sarcinii, nașterii, perioadelor de lăuzie și neonatală precoce la nou-născuți. Evoluția sarcinii la pacientele cu prezentație pelviană a fătului studiate este însoțită, mai frecvent, de iminență de avort, iminență de naștere prematură, sporirea ratei de complicații în naștere (ruperea prematură a membranelor, anomalii ale forțelor de contracție, prematuritate, asfixia nou-născutului etc.), aplicarea mai frecventă a manoperelelor și procedeele obstetricale în urgențele apărute în naștere, traumatism matern, complicații (subinvoluția uterului, lohiometra, endometrită, febră de etiologie necunoscută, hipogalactie), creșterea incidenței hipotrofiei fetale, sindromul detresei respiratorii, complicațiile septic.

Datele prezentate în studiul nostru confirmă justetea faptului că sarcina și nașterea la pacientele cu prezentație pelviană a fătului este pe drept referită la compartimentul obstetrică patologică.

Concluzii:

1. Incidența nașterilor în prezentația pelviană a fătului în Centrul de Perinatologie de nivelul III a con-

stituit 3,97%, ceea ce corespunde cu datele din literatura de specialitate (3,5%) pentru un CP terțiar.

2. Sarcina la gravidele cu prezentație pelviană a fătului a evoluat pe un fundal al patologiei somatice agravat la 74,42% paciente, care s-a complicat cu iminență de avort, naștere prematură în 63,9% cazuri, gestoza tardivă – în 18,6%, patologia lichidului amniotic – în 21,7%, inserție patologică a placentei – în 12,4% cazuri.

3. Factorii de risc care au contribuit la angajarea patologică a fătului cu pelvisul la strâmtoarea superioară au fost următorii: patologia ginecologică (uterul bicorn, uterul dublu, miomul uterin), patologia lichidului amniotic (oligo-, polihidramnios), circulara cordonului ombilical, inserția patologică a placentei, multiparitatea, greutatea mică a fătului etc.

4. Nașterea la aceste paciente a evoluat pe fundal de RPPA la 53,3%, cu circulară de cordon ombilical la 31,7% gravide, anomaliile forțelor de contracție s-au diagnosticat la 6,6%, hemoragiile post-partum la 7,36% paciente și s-a finalizat pe cale vaginală la 25,6% și prin operație cezariană la 74,4% gravide.

5. Cu scop de terminare a nașterii pe cale vaginală au fost aplicate mai multe manopere obstetricale (procedeul Țovianov, Braith, procedeul clasic de eliberare a mânușelor, Mauriceau-Lavret-Smeillet-Veit etc.) în total în 69,6% cazuri.

6. Perioada post-parum la aceste lăuze s-a complicat cu subinvoluția uterului, lohimetria, endometrită, supurația plăgii postcezariene, plăgii pe perineu ș.a. la 34,9% femei.

7. Evoluția patologică a sarcinii și nașterii au avut impact negativ și asupra fătului: în asfizie de diferit grad s-au născut 48,06% copii (ușoară 33,7%, asfizie medie – 7,4%, și asfizie severă – 3,1% nou-născuți; simptome de detresă respiratorie s-au depistat la 10,07%, de hipotrofie fetală la 14,93% și de prematuritate la 22,7% copii.

8. Morbiditatea infecțioasă la nou-născuții din mamele cu prezentație pelviană a fătului a constituit 15,12%, comparativ cu 8,91% în lotul martor; mortalitatea perinatală a constituit 5,8%, inclusiv antenatală la 2,33%, intranatală la 0,77%, neonatală precoce la 2,71% nou-născuți.

Bibliografie

1. **Paladi Gh., Cernetchi Olga, Tabuică Uliana.** Rezultatele revizuirii tacticii de conduită a sarcinii și nașterii în unele patologii obstetricale. Buletin de perinatologie, 2001, nr. 3, p. 75 – 82.

2. **Hudiță G. I., Bănceanu G.** Asistența la naștere în prezentație pelviană. Materialele Congresului Național de Obstetrică și Ginecologie, 2002, p. 57 – 59.

3. **Rietberg C.C. Th., Elferink-Stinkens P. M., Bbrand R. et al.** Term breech presentation in The Netherlands from 1995 to 1999: mortality and morbidity in relation to the mode of delivery of 33,824 infants. BJOG:

an Intern. J. Obstetr. And Gynaecol., 2003, vol. 110, pp. 604– 609.

4. **Pasupathy D., Woord A. M., Pell J. P. et. al.** Time trend in the risk of delivery-related perinatal and neonatal death associated with breech presentation at term. Intern. J. of Epidemiology, 2009, v. 38, pp490-498.

5. **Lee H. C., El-Sayed, Guld J. B.** Delivery mode by race for breech presentation in the US, 2007, 27, 147-153.

6. Management of Breech Presentation at Term. RANZCOG College Statement: C-Obs 11, Review: March 2015.

7. **Мусаев О. Х., Мусаева К.О., Раджабова Ш.Ш.** Акушерские и перинатальные аспекты тазового предлежания в зависимости от тактики ведения беременности и родов. Российский вестник акушера-гинеколога, 2010, № 4, с. 32-34.

8. **Стрижаков А. Н., Игнатко И., В.** Тазовое предлежание плода – новый взгляд на старую проблему. Акуш. и гин., 2007. № 5, с. 17 – 23.

9. **Чернуха Е. А., Пучко Т. К.** Тазовое предлежание плода, М. Руководства для врачей, Изд.: ГЭОТАР Медицина, 2007, 176 с.

10. **Савельева Г.М., Карганова Е.Я., Третьякова М.В.** Оправдана ли агрессия при ведении родов? Журнал акушерских и женских болезней, 2011. Т. LX, № 3, с. 24-31.

11. **Гайдук С. Н., Ключ О. С., Резник В.А., Васильев В.В.** Должен ли стать общепринятой практикой профилактический поворот при тазовом предлежании плода?

12. **Савельева Г.М., Курцер М. А., Шалина Р. И.** Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов. Акуш. и гин.. 2000, № 5, с. 3 – 8.

13. **Ишпахтин Г. Ю., Логутова Л. С., Олексенко О. М.** Особенности морфофункционального развития яичников в зависимости от предлежания плода. Российский вестник акушера гинеколога, 2006, № 1, с. 48- 51.

14. **Катько Е. Н.** Особенности течения раннего неонатального периода при рождении плода в тазовом предлежании: Автореф. дис. канд. мед. наук, М., 1998, 27 с.

15. **Albrechtsen S, Ramussen S, Irgens LM.** Secular trends in peri- and neonatal mortality in breech presentation; Norway 1967–1994. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:508–12.

16. **Pradhan P, Mohajer M, Deshpande S.** Outcome of term breech births: 10-year experience at a district general hospital. BJOG 2005;112:218–22.

17. **Бреусенко Л.Б.** Повреждение нервной системы новорожденных, родившихся в тазовом предлежании плода. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1996, 21 с.

18. **Чернуха Е.А.** Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешить путем кесарева сечения? Акуш. и гин., 2007, № 2, с. 8-14.