

Diana Hovanscaia, A. Serbenco, Natalia Stoianov, St. Groppa
PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ALE EPILEPSIEI ÎN SARCINĂ ȘI NAȘTERE
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie " Nicolae Testemițanu "

SUMMARY

CLINICAL EVOLUTION PARTICULARITIES OF EPILEPSY IN PREGNANCY AND DELIVERY.

Keywords: epilepsy; pregnancy and childbirth; antiepileptic therapy; epileptic seizure.

Introduction. *To describe the epilepsy evolution, the anamnestic particularities, the beginning, the type and frequency of epileptic seizures and antiepileptic treatment there were studied pregnancy and delivery in women with epilepsy.*

Materials and methods: *The transversal retrospective study included analysis of 153 deliveries in women with epilepsy that took place in Institute of Mother and Child Care, Chisinau, Republic of Moldova, during 2010-2014.*

Results: *During the study it was found out that the beginning of the epilepsy prevails in puberty, in 88 cases (57,5 ± 4,0%). In 2 cases (1,3 ± 0,9%) it was observed primary appearance of the epilepsy in pregnancy, which shows us a gestational epilepsy. In the patients under study it was observed the predominance of the structural- metabolic (symptomatic) form of the disease – 103 cases (67,3 ± 3,8%). This study showed that in women with frequent seizures of epilepsy before the pregnancy – 43 (22,1 ± 3,4%), the frequency of seizures during pregnancy did not change – 41 (26,8 ± 3,6%). During pregnancy 69 (45,1 ± 4,0%) patients did not take antiepileptic treatment, 15 (9,8% ± 2,4) canceled the treatment on their own, and in 23 (15 ± 2,9%) patients the antiepileptic therapy was primarily prescribed during pregnancy, due to primary appearance or increasing frequency of epileptic seizures. And only 61 (39,9 ± 4,0%) women strictly followed the epileptologist's recommendations. In 3 (2,0 ± 1,3%) cases the birth process was complicated by the emergence of tonic-clonic seizures, and in 8 (5,2 ± 1,8%) cases epileptic seizures were noted in the early postpartum period.*

Conclusions: *Analysis of own data indicates that increased frequency of the epileptic seizures was observed in pregnant women which did not take any antiepileptic treatment or which canceled the treatment on their own.*

The postpartum period is vulnerable in women with epilepsy due to disturbed nighttime sleep, the presence of dolor syndrome and psycho-emotional stress, as well as the changes in pharmacokinetics of antiepileptic drugs and low compliance of mother to the dosing regimen.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ЭВОЛЮТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Ключевые слова: эпилепсия, беременность и роды, эпилептический приступ, противоэпилептическая терапия.

Были изучены особенности анамнеза, возраст дебюта, длительность течения и характер эпилепсии, форма и применяемое противоэпилептическое лечение у женщин, страдающих эпилепсией во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Материалы и методы: *Был проведен трансверсальный ретроспективный анализ 153 родов у женщин с эпилепсией, родивших в Институте Матери и Ребенка в г. Кишиневе, Республика Молдова, в течение 2010-2014 гг.*

Результаты: *В ходе исследования выявлено преобладание дебюта эпилепсии в пубертатном возрасте 88 случаев (57,5 ± 4,0%). В 2 случаях (1,3 ± 0,9%) отмечено первичное появление эпилептических приступов во время беременности, т.е идет речь о гестационной эпилепсии. У исследуемых пациенток отмечено преобладание структурально-метаболической (симптоматической) формы заболевания -103 случая (67,3 ± 3,8%). Настоящее исследование показало, что у пациенток с частыми приступами до беременности 43(22,1 ± 3,4%) частота приступов во время беременности не изменилась -41 (26,8 ± 3,6%). Во время беременности 69 (45,1 ± 4,0%) пациенток не принимали противоэпилептического лечения, 15 (9,8% ± 2,4) отменили самостоятельно себе терапию, а 23-м (15 ± 2,9%) терапия первично назначена во время беременности, вследствие первичного появления или учащения приступов. И лишь 61 женщина (39,9 ± 4,0%) строго придерживалась рекомендациям эпилептолога. В 3 случаях (2,0 ± 1,3%) процесс родов осложнился появлением тонико-клонических судорог, а в 8-ми (5,2 ± 1,8%) эпилептические припадки отмечались в раннем послеродовом периоде.*

Заклучение: Анализ собственных данных свидетельствует о том, что учащение приступов наблюдалось у беременных, которые не принимали лечения во время беременности либо прервали его по собственной инициативе. Послеродовый период для женщин, страдающих эпилепсией, является уязвимым вследствие нарушения качества и продолжительности ночного сна, присутствия болевого синдрома и психо-эмоционального стресса, а также изменения фармакокинетики противоэпилептических средств и низкой комплаентности матери к режиму их дозирования.

Introducere. Potrivit datelor OMS, în lume, mai mult de 65 de milioane de persoane suferă de epilepsie, în fiecare an apar 2,4 milioane de cazuri noi de această boală [6]. Studiile asupra populației au arătat că prevalența epilepsiei la ambele sexe este de 43-47 de cazuri la 100 mii de locuitori. Morbiditatea la femei este mai mică – 41 de cazuri la 100 mii. În rândul pacienților cu epilepsie, 25-40% constituie femeile de vârstă fertilă [4, 5, 17, 24, 25, 26].

În fiecare an, numărul de sarcini la femeile care suferă de această boală este în creștere, ceea ce se poate datora unei creșteri a frecvenței remisiunilor prin utilizarea antiepilepticelor noi și reducerii stigmatizării femeilor bolnave [20, 28].

Multe probleme ale sănătății reproductive la femeile cu epilepsie rămân deschise și necesită în continuare studiu aprofundat și o abordare specială din partea neurologilor, obstetricienilor, pediatriilor, geneticienilor și altor medici.

Majoritatea femeilor cu epilepsie pot da naștere unui copil sănătos, dar ele se află în grupul de risc de a dezvolta complicații în timpul sarcinii și nașterii [22]. Indicațiile pentru întreruperea sarcinii în epilepsie sunt, desigur, crizele generalizate, frecvente, greu de cupat; status epilepticus, schimbările marcante de personalitate a le pacientei [18, 19, 25].

Sarcinile la femeile cu epilepsie ar trebui să fie planificate din timp, iar pentru purtarea cu succes, este nevoie de o strânsă cooperare între neurolog, obstetrician, genetician, însăși pacienta și rudele acesteia. Practic toate gravidele cu epilepsie activă sunt supuse tratamentului. Scopul principal al tratamentului medicamentos al epilepsiei este acela de a obține remisiunea bolii. Un factor important în succesul tratamentului este monoterapia cu utilizarea unei doze minime de antiepileptic [3, 27].

Dezideratul tratamentului antiepileptic este, pe de o parte, de a micșora concentrația plasmatică maximă teratogenică a medicamentului în sânge și, pe de altă parte, de a evita accesele prin reducerea substanțială a dozei de anticonvulsivant. Crizele convulsive generalizate necontrolate sunt însoțite de insuficiență hipoxico-ischemică gravă și reprezintă un pericol grav pentru viața și sănătatea mamei și a fătului. Astfel de accesese pot provoca hipoxie la făt [13]. Crizele epileptice focale fără generalizare secundară sunt considerate relativ inofensive pentru făt [18].

Având în vedere importanța acestei probleme medicale și sociale, atât la nivel internațional cât și în țara noastră, ne-am propus de a efectua un studiu retros-

pectiv al evoluției sarcinii și nașterilor la pacientele cu epilepsie.

Scopul studiului a fost de a analiza particularitățile anamnestice, debutul, forma, evoluția bolii și tratamentul anticonvulsivant la femeile gravide cu epilepsie în perioada respectivă pentru a contribui la micșorarea complicațiilor materne și perinatale.

Material și metode. Pentru a descrie fenomenul decurgerii epilepsiei, particularitățile anamnestice, debutul, forma, evoluția bolii și tratamentul anticonvulsivant la femeile gravide cu epilepsie în perioada retrospectivă a fost realizat un studiu transversal. Studiul a inclus un lot de 153 de gravide cu epilepsie care au născut la IMSP IM și C în perioada anilor 2010-2014. Vârsta gestantelor din lotul de studiu a fost cuprinsă în limitele 17- 44 ani, jumătate din ele încadrându-se în perioada de fertilitate maximă 26-35 ani, și anume 61 ($39,9 \pm 4,0\%$) gravide cu epilepsie.

Estimarea mediului de trai nu a relevat un oarecare specific pentru gravidele cu epilepsie. Din mediul rural proveneau 114 ($74,5 \pm 3,5\%$) gravide, unde screeningul și monitorizarea lor e mai defectuoasă, din mediul urban – 39 ($25,5 \pm 3,5\%$).

Analizând legătura reciprocă dintre statutul socio-economic și incidența epilepsiei, am observat o dependență directă dintre acestea, cele mai multe paciente fiind fără studii (doar studii primare) sau cu studii medii, în total 140 ($91,5 \pm 2,3\%$) paciente, numărul celor cu studii superioare fiind de doar 13 ($8,5 \pm 2,3\%$).

Conform datelor din literatura de specialitate, la femei epilepsia își face debutul mai des în copilărie și la pubertate. Instabilitatea fiziologică în adolescență și fluctuațiile hormonale ciclice conduc la perturbarea mecanismelor de protecție antiepileptice cerebrale și la apariția bolii [19, 21, 23].

Repartizarea pacientelor pe grupuri a fost efectuată în conformitate cu clasificarea perioadelor de vârstă OMS (1977): primul grup – debutul epilepsiei în timpul copilăriei (prepubertal) (1-9 ani), grupul al 2-lea – debut în adolescență (10-18 ani), al 3-lea grup – debutul în perioada postpubertală – peste 18 ani.

Datele obținute în studiul de față arată că, debutul epilepsiei a avut loc în perioada prepubertată (1-9 ani), în 32 de cazuri ($20,9 \pm 3,3\%$), în perioada pubertară (10-18 ani) – în 88 de cazuri ($57,5 \pm 4,0\%$), în perioada postpubertară – matură (>18 ani) în 31 de cazuri ($20,3 \pm 3,3\%$); în 2 cazuri ($1,3 \pm 0,9\%$) s-a constatat apariția primară a crizelor convulsive în timpul sarcinii. Rezultatele obținute sunt prezentate în figura 1.

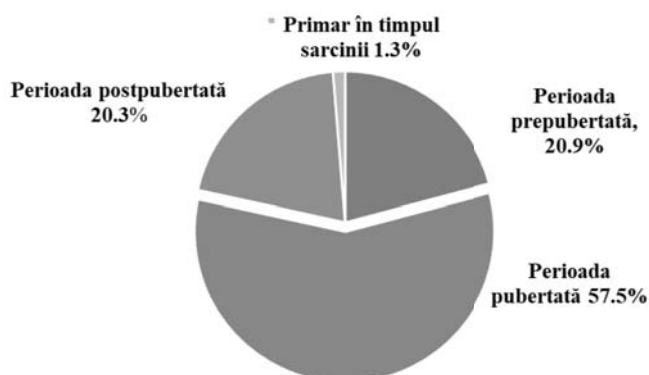


Fig. 1 Debutul epilepsiei la pacientele din lotul de bază.

Prevalență statistic-semnificativă s-a atestat în cazul pacientelor din grupul 2 – cu debutul epilepsiei la vârsta pubertății ($p < 0,001$). Aceste date confirmă importanța perioadei pubertare în apariția epilepsiei.

Studiului de față a aratat că în majoritatea cazurilor gravidele prezentau forma structurală/metabolică (simptomatică) a epilepsiei, depistată în 103 de cazuri ($67,3 \pm 3,8\%$); după structură, cele mai dese cauze fiind patologia perinatală suportată de către femei în copilărie — 15 ($14,6 \pm 3,5\%$) cazuri și traumele craniocerebrale suportate pe parcursul vieții — 15 ($14,6 \pm 3,5\%$) cazuri, care au provocat apariția crizelor convulsive. În 3 cazuri pacientele prezentau în anamneză infecții ale SNC – meningite și meningo-encefalite, în 6 cazuri – chisturi ale creierului ca rezultat al traumei craniocerebrale suportate anterior. S-a diagnosticat și câte 1 caz de tumoare a creierului, ictus ischemic și modificări structurale la RMN. În 40 de cazuri ($26,1 \pm 3,6\%$) s-a constatat forma de etiologie necunoscută (criptogenă) a epilepsiei și, cu o frecvență mai mică – forma genetică (idiopatică) – 10 cazuri ($6,5 \pm 2,0\%$), a patologiei. În 62 ($40,5 \pm 4,0\%$) de cazuri este menționată forma structurală/metabolică a epilepsiei, dar cauza nu a fost specificată.

După tipul crizelor epileptice, au prevalat pacientele cu convulsii tonico-clonice generalizate în anamneză – 120 ($78,4 \pm 3,3\%$). În restul cazurilor – 33 ($21,6 \pm 3,6\%$), s-au atestat diferite crize parțiale: simple, complexe, polimorfe, care în $57,6\%$ s-au complicat cu convulsii secundar generalizate. Din anamneză s-a constatat că la 2 paciente s-a atestat status epilepticus, înainte de sarcină.

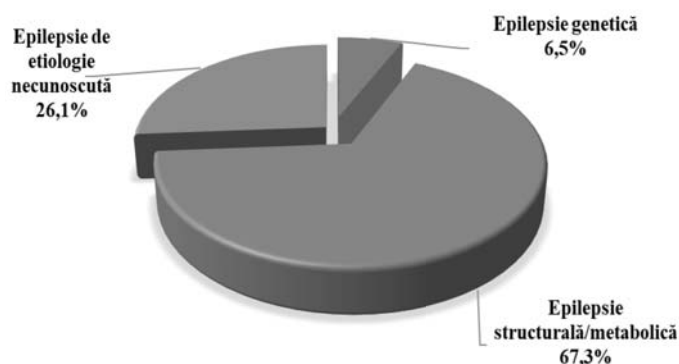


Fig. 2 Tipurile de epilepsie în lotul cercetat

La 2 paciente diagnosticul de epilepsie se manifesta prin crize jacksoniene. De obicei crize jacksoniene apar ca rezultat al substratului organic intracranial [4, 26]. În cazurile date ele se datorau chistului atretic congenital fronto-temporal.

Nu există date unice privind dinamica crizelor în timpul sarcinii în literatura de specialitate. Studiile populaționale arată că se observă creșterea frecvenței convulsiilor în 15-30% din cazuri, alte studii cu un design similar arată contrariul [8,11,12].

Întețirea convulsiilor se explică prin modificările farmacocinetice cauzate de sarcină: creșterea volumului de distribuție, eliminarea renală mai mare a anticonvulsivanților, activitatea modificată a enzimelor hepatice și scăderea nivelului proteinei în plasma sangvină. Este lansată și teoria creșterii concentrației estrogenilor—hormon proepileptogen [7, 8].

Gravitatea se apreciază după frecvența crizelor, din datele anamnestice. Frecvența crizelor se clasifică după scorul care a fost recomandat de către Liga Internațională Antiepilepsie (Seizure frequency scores — SFS): 1 – lipsa crizelor convulsive, 2 – crize sporadice (lunare sau mai rare), 3 – crize frecvente (lunare – săptămânale), 4 – crize foarte frecvente (săptămânale – cotidiene).

Datele despre frecvența crizelor până la sarcină în lotul de cercetat au evidențiat că în 41 de cazuri ($26,8 \pm 3,6\%$) accesele epileptice în această perioadă au fost dese: cotidiene, săptămânale sau lunare. În 88 de cazuri ($57,5 \pm 4,0\%$) convulsiile au fost rare, de 2-3 ori pe an, și în 23 de cazuri ($15,0 \pm 2,9\%$) – s-a atestat remisiunea patologiei neurologice de diferită durată (de la 1 până la 5 ani).

Tabelul 1

Frecvența crizelor epileptice până la sarcină și în timpul sarcinii la pacientele incluse în studiu

Frecvența crizelor	Până la sarcină	În sarcină
1. Foarte frecvente (cotidiene, săptămânale)	19($12,4 \pm 2,7\%$)	22($14,4 \pm 2,8\%$)
2. Frecvente (săptămânale, lunare)	22($14,4 \pm 2,8\%$)	21($13,7 \pm 2,8\%$)
3. Sporadice (lunare și mai rare)	89($58,2 \pm 4,0\%$)	68($44,4 \pm 4,0\%$)
4. Lipsesc (remisiunea bolii > 6 luni)	23($15,0 \pm 2,9\%$)	40($26,1 \pm 3,6\%$)
5. Debut în sarcină	-	2($1,3 \pm 0,9\%$)

Studiul nostru a relevat că rata crizelor epileptice cu frecvență mare (plure cotidiene, săptămânale sau lunare) în sarcină nu se deosebea semnificativ – 43 de cazuri ($22,1 \pm 3,4\%$), comparativ cu rata convulsiilor până la naștere – 41 de cazuri ($26,8 \pm 3,6\%$) la aceste paciente.

De menționat că majoritatea pacientelor – 59 ($38,6 \pm 3,9\%$) au avut accese epileptice rare (2-3) în timpul gravidității și 9 paciente ($5,9 \pm 1,9\%$) au suportat crize convulsive unice pe parcursul sarcinii. Din numărul total de paciente, 40 ($26,1 \pm 3,6\%$) nu au avut nici un acces pe parcursul gravidității.

În cadrul studiului s-a constatat că la 3 ($2,0 \pm 1,3\%$) din pacientele cu epilepsie travaliul s-a complicat cu apariția crizelor convulsive în cursul nașterii și în toate 3 cazuri nașterea a fost terminată prin operație cezariană în mod urgent, iar starea nou-născuților nu a fost afectată (scorul Apgar >8 puncte).

Astfel, este necesar să se acorde o atenție deosebită regimului de administrare a anticonvulsivantelor, deoarece, în unele observații, odată cu debutul sarcinii, pacientele înseși anulează sau reduc doza de medicament din cauza potențialului risc teratogen. Încetarea bruscă a utilizării anticonvulsivantelor poate fi, de asemenea, asociată cu riscul de mortalitate maternă, atingând la $3,8\%$ [1, 2].

Înlocuirea anticonvulsivantelor în timpul sarcinii fără un motiv întemeiat nu este recomandată în legătură cu riscul de eșec al remisiunii bolii. Femeile cu epilepsie în timpul sarcinii ar trebui să continue să ia medicamentul cu cea mai mare eficacitate terapeutică [3, 27].

Analizând respectarea tratamentului anticonvulsivant de către pacientele incluse în studiul nostru, am constatat că $50,3 \pm 3,6\%$ ($n=77$) au urmat tratament antiepileptic până la sarcină, iar $49,7 \pm 4,0\%$ ($n=76$) – nu.

În timpul sarcinii, $69 (45,1 \pm 4,0\%)$ de paciente nu au urmat tratament, la $23 (15 \pm 2,9\%)$ tratamentul anticonvulsivant a fost inițiat primar în sarcină. 15 paciente, ce constituie $9,8\% \pm 2,4$, au urmat tratament antiepileptic până la sarcină, dar l-au abandonat în timpul gravidității. Și numai 61 de paciente ($39,9 \pm 4,0\%$) au urmat acest tratament până la și în timpul sarcinii. Datele studiului arată că la pacientele care au urmat tratament regulat până la sarcină și în timpul ei crizele epileptice au fost sporadice sau în genere au lipsit. Dar la pacientele care au ignorat tratamentul în timpul sarcinii sau l-au abandonat pe parcurs, s-a observat creșterea frecvenței crizelor.

Din numărul gravidelor care n-au urmat tratament, $57 (82,6 \pm 4,6\%)$ nu s-au aflat în evidența medicului epileptolog sau neurolog.

Deși au fost supravegheate de un medic epileptolog și/sau psihiatru, la 8 paiente ($5,2 \pm 1,8\%$), în perioada de lăuzie precoce s-au dezvoltat crize tonico-clonice generalizate. Efectuând analiza aprofundată a

acestor cazuri, am constatat că aceste manifestări au fost consecința sindromului doli, stresului emoțional și deprivării de somn, condiționată de îngrijirea nou-născutului și alaptările nocturne pe fond de nerespectare a tratamentului specific prescris. Astfel, putem concluziona că o importanță majoră are luarea preparatelor antiepileptice nu numai în timpul sarcinii, dar și în perioada post-partum.

Bibliografie

1. Adab N, Kini U, Vinten J, et al. The longer term outcome of children born to mothers with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75:1575-83. doi: 10.1136/jnnp.2003.029132.

2. Battino D, Tomson T, Bonizzoni E, et al. EURAP Study Group. Seizure control and treatment changes in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry. *Epilepsia*. 2013;54(9):1621-7. doi: 10.1111/epi.12302.

3. Bardy AH. Incidence of seizures during pregnancy, labor and puerperium in epileptic women: a prospective study. *Acta Neurol Scand*. 1987;75(5):356-60. doi: 10.1111/j.1600-0404.1987.tb05459.x.

4. Leonardi M., Ustun B. The global burden of epilepsy // *Epilepsia*. – 2002. – 43 (Suppl. 6). – P. 21–25.

5. Kotsopoulos I. A. et al. Systematic review and meta-analysis of incidence studies of epilepsy and unprovoked seizures// *Epilepsia*. – 2002. – 43. – P. 1402–1409.

6. Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR: Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia* 2010, 51(5):883-890.

7. O'Brien MD, Gilmour-White SK. Management of epilepsy in women. *Postgrad Med J*. 2005;81(955):278-85. doi: 10.1136/pgmj.2004.030221.

8. Pennell PB. Antiepileptic drug pharmacokinetics during pregnancy and lactation. *Neurology*. 2003Sep1;61(6Suppl2): S35-42.

9. Pilo C, Wide K, Winbladh B. Pregnancy, delivery, and neonatal complications after treatment with antiepileptic drugs. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(6):643-6. doi: 10.1080/00016340600604625.

10. Protocol clinic național. *Epilepsia la adult*. 2017.

11. Reisinger TL, Newman M, Loring DW, et al. Antiepileptic drug clearance and seizure frequency during pregnancy in women with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2013;29(1):13-8. doi: 10.1016/j.yebeh.2013.06.026

12. Richmond JR, Krishnamoorthy P, Andermann E, Benjamin A. Epilepsy and pregnancy: an obstetric perspective. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(2):371-9 doi: 10.1016/j.ajog.2003.09.020.

13. Teramo K, Hiilesmaa V. Pregnancy and fetal complications in epileptic pregnancies. In: Janz, Dam M, Bossi L, Helge H, Richens A, Schmidt D. eds. *Epilepsy, pregnancy, and the child*. New York: Raven Press; 1982. P. 53-9.

14. The EURAP Study Group. Seizure control and treatment in pregnancy. Observations from the EURAP Epilepsy Pregnancy Registry. *Neurology*. 2006;66:353-60. doi: 10.1212/01.wnl.0000195888.51845.80.
15. Vajda FJ, Hitchcock A, Graham J, et al. Seizure control in antiepileptic drug-treated pregnancy. *Epilepsia*. 2008;49(1):172-6. doi: 10.1111/j.1528-1167.2007.01412.x.
16. Власов П.Н. Беременность при эпилепсии, проблемы и перспективы // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2011. – № 4. – С. 45–46. [Vlasov PN. Beremennost' pri jepilepsii, problemy i perspektivy. Jepilepsija i paroksizmal'nye sostojanija. 2011;(4):45-6. (In Russ.)]
17. Власов П. Н., Серова О. Ф., Меньшикова Н. С. Особенности функции яичников у больных эпилепсией // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 4. – С. 40–44.
18. Власов П.Н. Планирование и ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией. – 2004. [Vlasov PN. Planirovanie i vedenie beremennosti u zhenshhin, stradajushhih jepilepsiej. 2004. (In Russ.)]
19. Власов П.Н. Эпилепсия у женщин: клинические, электрофизиологические, гормональные и терапевтические аспекты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2001.
20. Громов С. А. Контролируемая эпилепсия. – Санкт-Петербург. – 2004. – 301 с.
21. Детская гинекология. Справочник / Под ред. Маркина Л. Б., Яковлевой Э. Б. – Киев. – Знание. – 2004. – 474 с.
22. Дмитренко Д.В., Шнайдер Н.А., Егорова А.Т., и др. Эпилепсия и беременность: монография. – М.: Медика, 2014. – 142 с. [Dmitrenko DV, Shnajder NA, Egorova AT, et al. Jepilepsija i beremennost'. Moscow: Medika; 2014. (In Russ.)]
23. Железнова Е. В., Соколова Л. В., Земляная А. А. О взаимосвязи эпилепсии и репродуктивной дисфункции у женщин. //Современные проблемы психиатрической эндокринологии. – М. – 2004. – 196 с.
24. Информационный бюллетень ВОЗ №999 2012.
25. Карлов В.А., Адамян Л.В., Жидкова И.А. Эпилепсия и материнство. Журн Новая Аптека 2009; 3: 89-93.
26. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. М: Медицина 2010.
27. Карлов В.А., Власов П.Н., Краснопольский В.И., Петрухин В.А. Терапевтическая тактика при эпилепсии во время беременности: Методические указания № 2001/130. – М., 2001. – 15 с.
28. Незнанов Н. Г., Громов С. А., Михайлов В. А. Эпилепсия. Качество жизни, лечение. – СПб. – 2005. – 293 с.

© Silvia Agop, Olga Cernetchi, Zinaida Sârбу, Constantin Ostrofeț, Irina Sagaidac, Tatiana Armaș

Silvia Agop, Olga Cernetchi, Zinaida Sârбу, Constantin Ostrofeț, Irina Sagaidac, Tatiana Armaș
PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI ȘI CONDUITA LĂUZELOR
CU BOALA INFLAMATORIE PUERPERAL-SEPTICĂ
USMF "Nicolae Testemițanu" Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 2

SUMMARY

**EVOLUTION PARTICULARITIES AND CONDUCT IN POSTPARTUM FEMALES
 WITH PUERPERAL-SEPTIC INFLAMMATORY DISEASE**

Key words: pelvic inflammatory disease, postpartum females, optimization, diagnostic, treatment.

Actuality: *one of the first places in maternal mortality structure is occupied by puerperal- septic inflammatory disease, being situated after hemorrhages and hypertensive states. Statistics of developed countries with good quality of health care do not show maternal mortality by infection or puerperal-septic infection (Willson, 1987). Maternal mortality due to septic complications was analyzed by researchers from our country during the 1990-2005 period and the incidence was ranged between 12.3 to 18.1%. The morbidity structure in puerperal – septic inflammatory disease has changed in the last years, due to increased rate of cesarean surgery, microbial virulence and aggression, and antimicrobial resistance. As a result, a rapid diagnostic, conservative and effective treatment method and prompt surgical treatment are required.*