

metode de apreciere a stării fătului, ce satisface întru totul cerințele, cu condiția că este corect înregistrată și interpretată.

2. În cadrul examenului USG, în LB au fost depistate 22,3% cazuri de fetometrie patologică cu semne de deviere a creșterii intrauterine a fătului în baza micșorării dimensiunilor BPD, CC, CA și FL, față de doar $1,7 \pm 1,7\%$ cazuri în LM ($p < 0,05$).

3. La pacientele cu TB activă a organelor respiratorii la examenul USG se constată mai frecvent modificări patologice la nivel de placenta, așa ca maturizarea prematură a placentei, grosimea anormală a placentei cu tendință spre îngroșare, calcinoza placentei și oligoamniotul. Aceste modificări urmează a fi interpretate tangențial ca semne de insuficiență placentară cronică în condițiile stării de hipoxie cronică în organism la pacientele cu TB activă.

4. În evaluarea complexă a sistemului feto-placentar și posibilităților adaptive ale fătului există necesitatea utilizării a trei metode de cercetare care se completează reciproc – USG, CTG și Dopplerometria.

Bibliografie

1. Cardaniuc C., Dondiuc Iu., Petrov V., Gladun S. Monitorizarea electronică fetală în practica obstetricală (Recomandare metodică). Chișinău, 2011. 40 p.

2. Codreanu N., Popușoi O., Hortolomei V. Monitorizarea prin cardiocografie externă a suferinței fetale intrapartum. Modul de instruire. Chișinău, 2007. 60 p.

3. Vo Q., Stettler W., Crowley K. Pulmonary tuberculosis in pregnancy. Prim. Care. Update. Ob. Gyns. 2000, vol. 7, no. 6, p. 244-249.

4. Зайков С.В. Беременность и туберкулез. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2010, no. 3, с. 5-11.

5. Медведев М.В. Основы доплерографии в акушерстве. Практическое пособие для врачей. М.: Реал Тайм, 2007. 72 с.

6. Медведев М.В. Ультразвуковая фетометрия: справочные таблицы и номограммы. М.: Реал Тайм, 2007. 60 с.

© Svetlana Jubîrcă, Corina Iliadi-Tulbure

Svetlana Jubîrcă¹, Corina Iliadi-Tulbure²

CONDUITA SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului,

² Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

SUMMARY

THE MANAGEMENT OF PREGNANCY, DELIVERY AND POST-PARTUM PERIOD IN ADOLESCENCE

Key words: pregnancy in adolescence, delivery in adolescent women, post-partum period in adolescence, perinatal depression, personality disorders.

The article evaluate particularities of pregnancy, delivery and post-partum period in adolescence. A standard management of all mentioned above periods in adolescent women allow the analysis of medical and social factors, and determinethe risk factors for the development of possible maternal and perinatal complications. The importance of gynecological age is also appreciated in adolescence and has been assessed as a risk factor for the development of such complications as: intrauterine growth restriction of the fetus, premature birth, congenital anomalies and other complications. Authors consider to be useful a determination of psycho-vegetative status of adolescent women, their adaptive behavior to prevent obstetrical, perinataland psycho-emotional complications during pregnancy, delivery and post-partum period. The changes in psychological, neuro-vegetative status and adaptation mechanisms of adolescent women during the pre-partum and post-partum periods need to be evaluated. The article reveal the necessity to elucidate medical, social, clinical particularities and the evolution of pregnancy, birth and post-partum period in adolescence, in relation with psychological changes and neuro-vegetative status of women, and also their role in occurrence of perinatal complications. Authors present the necessity and importance of the psycho-emotional preparation of pregnant

adolescent women and their partners for the prevention of complications and the development of depression. The article highlight the necessity of complex management according to the existing clinical protocol in pregnancy, delivery and post-partum periods in adolescent women, involving the use of clinical, laboratory and pshycological tests. The existing clinical protocol determine the optimization of the pregnancy, birth and the post-partum period in adolescence.

РЕЗЮМЕ

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПОДРОСТКОВ

Ключевые слова: подростковая беременность, роды у подростков, послеродовой период у подростков, перинатальная депрессия, личностный статус.

В статье указаны особенности течения беременности, родов и послеродового периода у подростков. Статья представляет особенности ведения беременности, родов и послеродового периода, психо-вегетативный статус и адаптивное поведения у беременных подростков. Авторы считают важным выявление медико-социальных и клинических особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у подростков, которые могут являться факторами для проявления акушерских и психо-эмоциональных осложнений. Особенно важна оценка роли гинекологического возраста как фактора риска для развития задержки внутриутробного развития плода, преждевременных родов, врожденных аномалий развития плода. Авторы считают важным оценить психо-вегетативный и личностный статусы, механизм адаптации подростков во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Также важно изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у подростков в соответствии с психовегетативным и личностным статусами и механизмом адаптации беременных подростков, для предупреждения акушерских и психо-эмоциональных осложнений. Статья подчеркивает насколько важно определить медико-социальные и клинические тесты для выявления нейро-вегетативных и личностных особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у подростков. Также важно оценить роль медико-социальных и клинических особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у подростков и их взаимосвязь с нейро-вегетативными и личностными изменениями, а также их роль в возникновении перинатальных осложнений. Авторы аргументируют необходимость психо-эмоциональной подготовки беременных подростков и их партнеров, с целью снижения материнских и перинатальных осложнений, включая перинатальную депрессию. Разработанный алгоритм ведения и предупреждения акушерских, психо-эмоциональных и неонатальных осложнений при подростковой беременности, позволит оптимизировать ведение беременности, родов и послеродового периода у подростков.

Datele literaturii de specialitate arată o incidență crescută a survenirii sarcinii la adolescente, altfel spus la o femeie cu vârsta cuprinsă între 13-18 ani 11 luni și 29 zile, ceea ce necesită cunoaștere temeinică a conduitei sarcinii, nașterii și perioadei post-partum în situațiile date. Adolescența este o perioadă deosebită în viața unei femei, care se caracterizează prin multiple modificări, unul din criteriile importante fiind imaturitatea psihologică [1,2,6,7,12]. Diagnosticul și conduita sarcinii, precum și managementul nașterii și perioadei post-partum, în adolescență, merită o atenție deosebită, prin prisma complicațiilor materno-fetale ce pot surveni. Din acest considerent, este necesar ca managementul să fie efectuat conform unui algoritm ce va ține cont de particularitățile de evoluție la fiecare etapă menționată [2,3,12].

Sistemul de îngrijire prenatală trebuie să fie organizat în așa fel, încât conduita multidisciplinară propusă să fie ușor accesibilă din primele săptămâni de sarcină, având în vedere adresarea mai tardivă a adolescentelor, comparativ cu femeile adulte, la medicul de familie. Adresarea tardivă după îngrijire prenatală și monitorizarea evoluției sarcinii este cauzată de mai mulți factori: absența cunoștințelor în domeniu și înțelegerea insuficientă a consecințelor posibile; dorința

de a ascunde sarcina, frica de faptul că va fi luat copilul, gânduri despre întreruperea sarcinii; îngrijorare legată de lipsa confidențialității sau de atitudinea ostilă a prestatorilor de servicii medicale; bariere financiare. Lipsa sau întârzierea îngrijirii prenatale, în rândul adolescentelor, se asociază cu consecințe obstetricale și neonatale nefavorabile [7,12].

Furnizorii de servicii medicale trebuie să fie atenți la necesitățile adolescentelor, pentru a depista riscurile și aplica măsurile necesare de prevenție, diagnostic și tratament. Ideea de bază este că partenerii adolescentelor, la fel, trebuie să fie implicați cât mai mult posibil în procesul de îngrijire prenatală, să frecventeze inclusiv cursurile de îngrijire prenatală și postnatală. În acest fel va fi posibil de ameliorat rezultatele perinatale. Adolescența ar trebui să aibă un acces ușor către serviciile medicale, bazat pe principiile: confidențialității, nondiscriminării, oferirii îngrijirii într-o ambianță binevoitoare din partea echipelor multidisciplinare.

La nivel de asistență medicală de ambulatoriu evidența prenatală presupune: confirmarea prezenței și/sau evoluției sarcinii, depistarea problemelor de sănătate și dezvoltare, evaluarea fiind efectuată conform HEAD-SS în varianta română de MEADS (mediul de trai, edu-

cație /muncă, alimentație, activitate, droguri, sexualitate, siguranță, suicid /depresie) și aprecierea riscurilor și/sau complicațiilor materno-fetale [2,3,4,5]. La etapa dată, este necesară primordial consilierea individuală cu psihologul prenatal despre opțiunile existente (păstrarea sau întreruperea sarcinii, particularitățile de evoluție a sarcinii sau metodele de întrerupere, specificul nașterii și evoluția perioadei post-partum, creșterea sau darea spre adopție a copilului etc.).

Este foarte important a fi evaluat statutul socio-economic al adolescentei, a aprecia dacă persoana utilizează sau nu substanțe nocive (alcool, droguri, tabagism etc.), a depista comportamentul deviant și prezența violenței în familie. Rata gravidelor fumătoare și utilizătoare de substanțe stupefiante și droguri este mai înaltă în rândul adolescentelor, în comparație cu femeile adulte [1,2,5,6]. Cu toate acestea, sarcina este un stimul puternic pentru multe adolescente, în vederea reducerii tabagismului și utilizării alcoolului. Conform datelor literaturii de specialitate, rata violenței din partea partenerului este cu 26-31% mai înaltă printre gravidele adolescente, comparativ cu cele adulte [2,7,12]. Acest fenomen este asociat cu: îngrijiri prenatale tardive și risc sporit al prematurității, restricția de creștere intrauterină (RCIU) a fătului, mortalitatea fetală, depresia post-partum. Acțiunile violente sunt comise de obicei de către partener și debutează din primul trimestru. Se consideră că studierea comportamentului partenerilor adolescentelor sexual active poate ajuta la identificarea violenței.

Este necesară aprecierea stării nutriționale, aprovizionarea cu vitamine în caz de necesitate la adolescente, pentru a monitoriza necesitățile nutriționale și adaosul ponderal, și a preveni dezvoltarea anemiei [2,12]. Strategiile utile trebuie să includă: aprecierea necesităților nutriționale, acces la îngrijirea prenatală etc. Anemia este frecvent depistată la gravidele adolescente (50-60% cazuri), în acest caz fiind necesar tratamentul cu preparate de fier.

Adolescentele sunt supuse unui risc mai înalt față de infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) din cauza că ele pot avea mai mulți parteneri sexuali anterior survenirii sarcinii și contacte neprotejate. Adolescencele sunt biologic mai vulnerabile față de ITS și întâmpină mai multe obstacole în utilizarea serviciilor medicale. Vulnerabilitatea adolescentelor este legată și de faptul că adesea ele nu utilizează prezervative în timpul contactului sexual în sarcină. Riscul mai înalt de a contracta aceste infecții este și sportul de imaturitatea colului uterin și, ca urmare, de susceptibilitatea crescută a țesuturilor către infecții. ITS în sarcină sunt asociate cu: nașterea prematură (NP), corioamnionita și infecțiile puerperal-septice. Adolescencele cu ITS au un risc mai înalt pentru ruperea prematură a pungii amniotice (RPPA). Screeningul și tratamentul ITS contribuie la reducerea semnificativă a incidenței complicațiilor febrile la nou-născut.

Testarea la ITS (II-2A) și vaginoza bacteriană (III-B) trebuie să fie efectuate la începutul sarcinii și repetate în trimestrul al III-lea. Este necesar de a face testarea la ITS post-partum și în prezența semnelor sugestive, deoarece rata recurenței, pe parcursul sarcinii la adolescente, este înaltă. Vaginoza bacteriană este asociată și ea cu un șir de complicații: RPPA, NP, endometrita post-partum. După efectuarea tratamentului, în caz că testul a fost pozitiv, se recomandă de repetat testarea peste 3-4 săptămâni. Partenerul trebuie să fie consultat și tratat la rândul său (III-A).

Screeningul și tratamentul dereglărilor comportamentale în sarcină la adolescente trebuie efectuate din cauza ratei lor crescute. Este cunoscut faptul că rata depresiei în sarcină la adolescente variază între 16-44%, fiind de aproximativ două ori mai înaltă decât la gestantele adulte. Simptomele depresiei devin mai pronunțate în trimestrele II și III, iar aproximativ 50% din lăuze adolescente acuză apariția semnelor depresiei în perioada post-partum, manifestându-se pe o perioadă de până la 12 luni. Depresia se atestă mai frecvent în caz de violență din partea partenerului și ea implică consecințe nefavorabile materne și /sau perinatale. Depresia netratată se asociază cu un grad avansat de iresponsabilitate maternă și cu probleme comportamentale și cognitive la copii. Pentru a preveni depresia în sarcină și /sau cea post-partum, este necesar de a depista precoce și înlătura factorii stresanți, violența în familie, precum și a trata eventualele dereglări psihice etc. [1,8,13].

În această ordine de idei, este necesară consultația psihologului prenatal în fiecare trimestru de sarcină. Aprecierea depresiei prenatale, dereglărilor de personalitate și comportament se efectuează prin folosirea Scalei de depresie Beck, Testului de anxietate Spilbergher. Acumulând la testare 4 puncte, adolescenta prezintă o depresie ușoară, în acest caz fiind necesară monitorizarea în dinamică, cu repetarea consultului la necesitate. Un rezultat al testării de 4-7 puncte, indică forma moderată a bolii, necesitând în medie 3-4 ședințe de psihoterapie, cu repetarea consultului. La acumularea peste 8 puncte, depresia este considerată severă, iar consultația psihologului este suplimentată cu tratament specializat [8,9,13].

Literatura de specialitate, tot mai frecvent, relatează despre necesitatea de a face o diferențiere dintre noțiunile de „vârstă biologică” (cronologică) și „vârsta ginecologică” (VGi). Astfel, VGi este numărul anilor de la survenirea menarhăi până la apariția sarcinii. Se consideră că $VGi \leq 3$ ani este asociată cu: prematuritate, RCIU a fătului, RPPA. Iar $VGi > 3$ ani – cu nașterea asistată [4].

Conduita sarcinii la adolescente necesită: evaluarea sarcinii, aprecierea stării gestantei și a fătului. Aceste aspecte sunt necesare pentru abordarea unei conduite complexe și determinarea timpului și modalității optime de finalizare a sarcinii. În baza examenu-

lui ecografic se determină vârsta de gestație (VG), se evaluează riscurile pentru întreruperea sarcinii, se iau măsuri pentru prevenirea dezvoltării anomaliilor și / sau patologiilor fetale etc. Starea fătului este determinată suplimentar prin velocimetrie Doppler, cardiocografie (CTG).

Există o serie de patologii pe fundalul cărora evoluează sarcina la adolescente (gestoza precoce, iminența de avort spontan, stările hipertensive etc.), care necesită o diagnosticare precoce, monitorizare și tratament. Iminența de avort spontan impune efectuarea examenului ecografic și tratament de păstrare a sarcinii (progestative, spasmolitice, hemostatice etc.). Gestoza precoce implică determinarea corpilor cetonici, tratament antiemetic, volemic și de menținere a echilibrului acido-bazic. Diagnosticul stărilor hipertensive în sarcină include: evaluarea hemodinamică (TA, Ps), determinarea proteinuriei și conduita conform Protocolului național *Stările hipertensive în sarcină*. Iminența de NP este o complicație frecvent întâlnită în sarcinile la adolescente, necesitând: aprecierea simptomatologiei, determinarea ecografică a lungimii colului uterin, tratamentul și conduita fiind efectuate conform Protocolului național *Nașterea prematură*. RCIU a fătului presupune: stabilirea sau reevaluarea VG, fetometrie, determinarea masei estimative fetale, evaluarea curbei de creștere a fătului. Un aspect important este necesitatea de a informa gestanta și partenerul și /sau familia acesteia despre posibilele complicații.

Spitalizarea adolescentelor însărcinate se recomandă de efectuat între 38-39 săptămâni de gestație, cu scopul de a asigura îngrijiri calitative, a preveni complicațiile materne și /sau fetale, și pentru a decide privind managementul nașterii [6,9,10,11]. Particularitățile de conduită a nașterii în cazul acestor paciente se referă la: prevenirea comportamentului neadecvat și a depresiei prin menținerea contactului psiho-emoțional și prezența psihologului la naștere; conduita expectativă, prevenirea nașterii rapide (evitarea amniotomiei precoce); analgezia adecvată în travaliu (anestezie epidurală) și monitorizarea stării fătului prin CTG continuă.

Conduita perioadei post-partum include prevenirea hemoragiei prin: monitorizarea timp de 4-6 ore în secția obstetricală, evaluarea parametrilor hemodinamici și de involuție a uterului etc. Complicațiile septico-purulente și/sau hipertermia post-partum pot fi prevenite prin sanarea căilor de naștere cu administrarea locală de antiseptice. O particularitate importantă pentru lăuza adolescentă constă în faptul că după efectuarea operației cezariene, este necesar de administrat tratament antibacterian, în caz de ITS și vaginoza bacteriană (sol. Penicilină /Cefalosporina, timp de 5 zile; sol. Metrogil 100 ml de 3 ori/zi, timp de 3 zile). Pentru prevenirea lactostazei și hipogalactiei adolescentele au nevoie de consilierea consultantului

pe lactație. Crucial este momentul prevenirii depresiei post-partum prin consilierea psihologului [2,9,10,11].

Pentru a nu omite detalii importante legate de particularitățile de evoluție a perioadei post-partum, externarea adolescentei se efectuează nu mai devreme de a 4-a zi în prezența rudelor /tutelei oficiale. Acceptul pentru externare trebuie obținut inclusiv de la psihologul prenatal. Extrasul eliberat trebuie, pe lângă recomandările necesare, să includă informație despre metodele de contracepție necesare de utilizat (III-A). Informarea despre metodele de contracepție recomandată în perioada post-partum este necesară pentru a evita survenire a unei sarcini repetată nedorite, deoarece este cunoscut faptul că asemenea sarcini survin în 25% cazuri în primii 2 ani [2,6,12]. Din datele literaturii rezultă că metodele de contracepție de lungă durată sunt mai eficiente în prevenția sarcinii nedorite printre adolescente. Instalarea unui dispozitiv intrauterin imediat după naștere sau a unui implant contraceptiv până la externare, reduce semnificativ riscul sarcinii repetate nedorite [2].

Programele de îngrijire pre- și postnatală trebuie să ofere consiliere și suport adolescentelor și partenerilor acestora, pentru a le furniza informația necesară și /sau a le îmbogăți cunoștințele la diverse tematici (evoluția sarcinii, particularitățile nașterii, evoluția perioadei post-partum, contracepția și prevenirea sarcinilor repetate la un interval scurt sau a celor nedorite, procesul de alăptare, îngrijirea nou-născutului, depistarea la timp a stărilor depresive). Acest aspect este important deoarece dezvoltarea abilităților parentale în perioadele ante- și postnatală, îmbunătățește rezultatele la naștere și în post-partum. Informarea și educarea adolescentelor și partenerilor acestora conduce la diminuarea stresului parental și reduce problemele comportamentale în sarcină, la fel ameliorează comunicarea și îngrijirea nou-născutului. Cert este faptul că aceste programe trebuie să fie disponibile pe tot parcursul sarcinii pentru efectuarea unei educații parentale continue.

Bibliografie

1. De Vienne C., Creveuil C., Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.; 2009, nr. 147(2), pp. 151-156.
2. Fleming N. et al. Adolescent Pregnancy Guidelines. SOGC Clinical Practice Guideline. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2015, nr. 37(8), pp. 740-756.
3. Horgan R., Kenny L. Review Management of teenage pregnancy. The Obstetrician & Gynaecologist. Review, 2007, nr. 9, pp. 153-158.
4. Kaplanoglu M. et al. Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. Women Birth., 2015, nr. 28(4), pp. 119-123.
5. Leșco G. Asistența integrată a sănătății adolescenților (AISA). În: URMA ta, Chișinău, 2012, p. 21.

6. Pérez-López F., Pérez-Roncero G. and López-Baena M. Current problems and controversies related to pregnant adolescents. Rev. Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, 2010, nr. 2, vol. 17, pp. 185-192.

7. Sagili H. et al. Are teenage pregnancies at high risk? A comparison study in a developing country. Arch. Gynecol. Obstet., 2012, nr. 285 (3), pp. 573-577.

8. Singh B., Mohanty R. Homocysteine and Folate Metabolism in Depression. Indian Journal of Behavioral Sciences. 2013, nr. 1, vol. 23, pp. 59-65.

9. Thurman A., Hulsey T. Pregnant adolescent's preferences for labor pain management. South Med J. 2004, nr. 97, pp. 964-967.

10. Ting D. et al. Epidural Labor Analgesia Is Asso-

ciated with a Decreased Risk of Postpartum Depression: A Prospective Cohort Study. Anesth Analg. 2014, nr. 119 (2), pp. 383-392.

11. Torvie A. et al. Labor and delivery outcomes among young adolescents. American J. of Obst. and Gynec., 2015, nr.1, vol. 213, p. 95, e1-95.e8.

12. Vienne C., Creveuil C., Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2009, nr. 147 (2), pp. 151-156.

13. Young J., Miller M., Khan N. Screening and managing depression in adolescents. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. Review. 2010, nr. 1 (1), pp. 87-95.

© C. Burnus , V. Rotaru, A. Pleşacov

C. Burnus , V. Rotaru, A. Pleşacov
**NAȘTEREA LA PARTURIENȚELE CU RUPEREA PRENATALĂ
A MEMBRANELOR AMNIOTICE LA TERMEN**

*Universitatea de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu»
Catedra de Obstetrică și Ginecologie nr. 1*

SUMMARY

THE LABOR IN WOMEN WITH PRENATAL RUPTURE OF AMNIOTIC MEMBRANES AT TERM

The management of labor in women with prenatal rupture of amniotic membranes at term has become less a clinical dilemma compared to past decades. All these were possible due to the wider understanding of the mechanisms of production of this phenomenon, the mechanism of complications development as well as the broad possibilities of intrapartum actions. However, prenatal rupture of amniotic membranes at term presents a risk of vital complications for the mother and for the newborn.

РЕЗЮМЕ

РОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОК

Тактика ведения родов у беременных с преждевременным разрывом околоплодных оболочек в срок стала менее актуальной по сравнению с прошлыми десятилетиями. Все это стало возможным благодаря пониманию механизмов развития этого процесса, осложнений, а также широких возможностей для действий на протяжении родов. Однако пренатальный разрыв амниотических мембран в срок представляет собой риск появления осложнений имеющих жизненно важное значение, как для матери, так и для новорожденного.

Actualitatea problemei. Ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen rămîne a fi un subiect controversat și actual, ce pune în discuție multiple complicații obstetricale – infecția puerperală, prolabarea cordonului ombilical și compresiunea acestuia, prezența neregulate, precum și distociile dinamice.

Ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen reprezintă ruperea spontană a membranelor pînă la instalarea contracțiilor uterine regulate după a 37-a săptămîină de gestație [11]. Conform datelor Colegiului American de Obstetrică și Ginecologie, această definiție exclude parturiențele cu ruperea prenatală de