

fibronectin improves the prediction of preterm delivery based on sonographic cervical length in patients with preterm uterine contractions and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:350-9.).

14. Honest H, Bachmann LM, Gupta JK, Kleijnen J, Khan KS. Accuracy of cervicovaginal fetal fibronectine test in predicting risk of spontaneous preterm birth: systematic review. *BMJ* 2002;325: 301-10.).

15. Honest H, Forbes CA, Duree KH. Screening to prevent spontaneous preterm birth: Systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. *Health Technol Assess*, 2009;13:1-627.

16. Kwek K, Khi C, Ting HS, Yeo GS. Evaluation of a bedside test for phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 in preterm labour, *Ann Acad Med Singapore*, 2004;33:780-3.

17. Leitich H, Brunbauer M, Kaider A, Egarter C, Husslein P. Cervical length and dilatation of the internal cervical os detected by vaginal ultrasonography as markers for preterm delivery: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1465-72.

18. Lockwood CJ, Senyei AE, Dische MR, Casal D, Shah KD, Thung SN, et al. Fetal fibronectin in cervical and vaginal secretions as a predictor of preterm delivery. *N Engl J Med* 1991;325:669-74.

19. Lockwood CJ, Wein R, Lapinski R, Casal D, Berkowitz G, Alvarez M, et al. The presence of cervical and vaginal fetal fibronectin predicts preterm delivery in an inner-city obstetric population. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:798-804.

20. Lockwood CL, Senyei AE, Dische M. Fetal fibronectin in cervical and vaginal secretions as a predictor of preterm delivery. *N Engl J Med* 1991;325:669-74.

21. Murphy K, Aghajafari F, Hannah M. Antenatal corticosteroids for preterm birth, *Semin Perinatol*,

2001;25:341-7

22. Pasternoster D. Cervical ph IGFBP-1 in the evaluation of the risk of preterm delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2007;86:151-155

23. Paternoster D. Phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 in cervical secretions and sonographic cervical length in the prediction of spontaneous preterm delivery, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2009;34:437-40.

24. Peaceman AM, Andrews WW, Thorp JM, Cliver SP, Lukes A, Iams JD, et al. Fetal fibronectin as a predictor of preterm birth in patients with symptoms: a multicenter trial. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:13-8.

25. R.E. Bittar. Predicting preterm delivery in asymptomatic patients with prior preterm delivery by measurement of cervical length and phosphorylated insulin-like growth factor-binding protein-1. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2007;29:562-567.

26. Revah A, Hanna ME, Sue-A-Quan AK. Fetal fibronectin as a predictor of preterm birth: an overview. *Am J Perin* 1998;15:621 .

27. Rizzo G, Capponi A, Arduini D, Lorigo C, Romanini C. The value of fetal fibronectin in cervical and vaginal secretions and of ultrasonic examination of the uterine cervix in predicting premature delivery for patient with preterm labor and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1146-51.

28. Rozenberg P, Goffinet F, Malagrada L, Giudicelli Y, Perdu M, Houssin I. Evaluating the risk of preterm delivery: a comparison of fetal fibronectin and transvaginal ultrasonographic measurement of cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:196-9.

29. Tekesin I, Marek S, Hellmeyer L, Reitz D, Schmidt S. Assessment of rapid fetal fibronectin in predicting preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2005;105:280-4.

INFORMAȚII SCURTE



© I. Carauș, M. Moldovanu

I. Carauș, M. Moldovanu

NAȘTEREA ÎN PREZENTAȚIE PELVINĂ

Institutul Mamei și Copilului (directorul general, dr.med., conf.cercet S.Gațcan)

SUMMARY

LABOUR IN BREECH BIRTH

A study was made regarding the completion of pregnancy with breech presentation in a large number of women. As a result of the study some serious functional and morphological changes were noticed in the central nervous system of a large number of infants. The perinatal mortality rate has proven to be 5-6 times higher than for infants born in cephalic presenta-

tion. These circumstances served as basis of including the breech presentation in the pathology of obstetrics. An individual approach towards the completion of pregnancy in cases of breech presentation, can significantly improve the results.

РЕЗЮМЕ

РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

В работе изучены результаты завершения беременности у большого числа женщин с тазовым предлежанием плода. Установлены серьезные функциональные и морфологические изменения центральной нервной системы у значительного числа новорожденных. Перинатальная смертность в 5-6 раз выше, чем у детей, родившихся в головном предлежании. Эти обстоятельства явились основанием для того, чтобы отнести тазовые предлежания плода к патологии в акушерстве. Индивидуальный подход к завершению беременности при тазовом предлежании позволяет значительно улучшить ожидаемые результаты.

La începutul mileniului trei în centrul atenției civilizației se conturează două aspecte diferite ce țin de reproducerea umană: sporirea natalității în țările economice dezvoltate și limitarea acesteia în țările sărace sau așa-zise „multifamiliale”. În contextul dat, știința a ajuns la nivelul când tehnologiile reproductive moderne permit omului să ia decizia dacă este nevoie sau nu și când s-ar putea să se nască un copil? Cu toate acestea, după prognozele actuale, situația demografică pe glob pare a nu fi chiar atât de „încântătoare”, fapt ce impune revizuirea principală a multor probleme în domeniul dat.

Obstetrica, ca și alte discipline, are o evoluție dinamică care, prin achizițiile sale științifico-practice moderne, a îmbunătățit considerabil prognosticul de naștere atât fetal, cât și matern.

În același timp, boom-ul informațional a contribuit la apariția concepțiilor și teoriilor controversate în conduita sarcinii și nașterii. Astfel, la etapa contemporană în obstetrică s-au conturat un șir de viziuni și atitudini științifice neargumentate, consecințele cărora le putem califica ca manifestări ale așa-numitei „agresii uniobstetricale”. Din acest punct de vedere și în scopul elaborării deciziilor de compromis pe diferite teme discutabile ale științei și practicii astăzi suntem martorii unei tendințe globale de reevaluare a canoanelor existente ce țin de multiplele probleme ale obstetricii.

O problemă actuală discutată în literatura de specialitate este conduita nașterilor în prezentațiile pelvine - problemă ce rămâne a fi destul de controversată și se pare că deocamdată nu are măsuri prompte de soluționare [1,2,3,4].

Problema dată este pe atât de actuală, pe cât și de importantă pentru obstetrica contemporană, deoarece este cunoscut faptul că morbiditatea și mortalitatea perinatală în prezentațiile pelvine este sporită [7].

Astfel, trauma craniocerebrală în prezentația dată, considerată ca patologică, se întâlnește în > 40% printre copiii morfnăscuți, apărând deseori în cazul evoluției unei hipoxii intrauterine ce impune în cele din urmă efectuarea de către medic a diferitelor manevre urgente. Pe parcursul anilor acest impediment a condiționat ca soluție de rezolvare a acestei patologii obstetricale propunerea diverselor metode de autoversiune,

versiune externă și internă a fătului.

Iată de ce în sînul obstetricienilor actualmente continuă interminabila discuție cum ar fi mai bine să se finalizeze nașterile în caz de prezentație pelvină a fătului- pe cale naturală sau prin operație cezariană. [6, 8, 9]

Având în vedere lipsa unei opinii unice în abordarea problemei date, vă prezentăm sugestiile noastre despre nașterile în prezentațiile pelvine ce au avut loc în IMSP IM și C - centrul perinatologic de nivelul III, unde se concentrează cea mai gravă patologie obstetricală din țară.

Scopul lucrării este de a analiza rezultatele finalizării nașterilor în cazul prezentațiilor pelvine cu copii în toate categoriile de greutate, de la 500 la 3500 g și mai mult.

Material și metode. A fost efectuată analiza retrospectivă a evoluției nașterilor cu copii în prezentație pelvină la 1656 femei, asistate în blocul de naștere nr.2 IMSP IM și C în perioada anilor 2000- 2012.

Rezultate și discuții. Analiza foilor de observație a relevat că sarcina s-a finalizat prin operație cezariană la 20 % din femei, iar pe cale naturală - la 80%. În cazul nașterilor premature, 11/100 din paciente au născut pe cale abdominală și 89/100 - per vias naturalis. În cazul nașterilor la termen numai 68% din copii s-au născut de sine stătător, pe când 32 % au fost extrași prin operație cezariană.

Ca să faci o analiză comparativă a indicilor de activitate a unei subdiviziuni obstetricale, este nevoie de a compara rezultatele activității unității respective cu alta de același rang sau cu rezultatele aceluiași colectiv pe parcursul anilor precedenți. În calitate de informare și nu de comparație, vă prezentăm totuși datele din literatura de specialitate [4]. Ca exemplu, până în 2001 rata nașterilor per vias naturalis în Japonia a constituit 56%, în țările scandinave - 40%, în Danemarca - 15,3, în America de Nord - 5%, în Federația Rusă - 81,4%.

Înainte de a discuta rezultatele studiului efectuat, pe fondul divergențelor și discuțiilor aprinse în tactica de conduită a pacientelor cu feți în prezentație pelvină, noi la fel ne punem întrebarea cum ar fi mai bine pentru toți să se nască astfel de copii: pe cale înaltă sau joasă?[1, 2]

Se știe că la copiii născuți în prezentație pelvină se produc schimbări citomorfologice neurosecretorii în hipotalamus și modificări organice în medula oblongată, ce influențează procesul de adaptare a nou-născuților în primele ore de viață. De asemenea, sunt constatate schimbări morfologice în testicule la băieții și mai frecvente cazuri de criptorhism.

Unii autori consideră oportună efectuarea cezarienei tuturor gravidelor cu această patologie, alții - numai la apariția complicațiilor în timpul sarcinii și nașterii. Practic în majoritatea țărilor cu economie performantă astăzi sunt clar stabilite criteriile și principiile de conduită a nașterilor în prezentație pelvină.

În același timp, în unele din aceste state se vorbește și se ține cont de „factorul uman” în alegerea modului de rezolvare a entității nosologice date. În același timp, 75% din specialiștii Regatului Unit al Marii Britanii se conduc în asemenea cazuri numai de experiența personală, 45% dând prioritate operației cezariene ca mod de soluție la o deschidere a colului uterin < 5 cm și 7% - la o deschidere completă.

Noi ne conducem în conduita nașterilor cu feți în prezentație pelvină de protocolul național aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova și prezentat în Ghidul “C” de perinatologie.

După datele noastre, în rândul copiilor cu masa între 500-1500 g la o frecvență minimă a operațiilor cezariene semnalăm un număr relativ mare de copii decedați, în special intranatal și neonatal precoce. Printre copiii cu masa 1500-1999 g, în nașterile unde rata cezarienilor a crescut vădit, observăm că numărul deceselor intra și neonatale este în scădere de 3,4 ori, rata operațiilor fiind de 15,8%.

În continuare, la mărirea frecvenței nașterilor pe cale abdominală până la 19-24% atestăm o continuă micșorare a cazurilor de mortalitate perinatală; la copiii de 3000 - 3500 gr numărul pierderilor perinatale intra - și neonatale s-a micșorat de 2 ori comparativ cu copiii ce au masa < 3000 g.

Astfel, mortalitatea perinatală diminuată esențial printre copii la termen, a avut loc pe fondul creșterii continue a ratei operațiilor cezariene - de la 16% printre copiii cu masa 2500 - 2999 g la 34% în categoria 3000-3499 g și la 52% printre copiii de la 3500 g și mai mult.

La fel de diferită este și aprecierea copiilor după Apgar la nașterile în prezentație pelviană. Așa, o notă satisfăcătoare de 8-10 puncte a fost dată nou-născuților extrași prin operația cezariană în 60% cazuri, pe când celor născuți pe cale naturală - numai în 40% cazuri. Cu nota Apgar 6-7 au fost apreciați respectiv 22% și 38% din copii, iar mai jos de 6 puncte - 6% și 22%. Frecvența sporită a cazurilor de notă joasă după Apgar la operația cezariană se datorează patologiei obstetricale severe (placenta praevia, preeclampsia severă, prolapsul anșelor ombilicale) și patologiei extragenitale grave.

În cazul nașterilor per vias naturalis copii cu nota

< 6 puncte s-au născut preponderent la nașterile premature cu termenul sarcinii < 31 săptămâni și cu vicii congenitale importante. Nota Apgar 6/7 mai des constatată la nașterile pe cale naturală se explică prin faptul că astfel de copii s-au născut mai frecvent decât pe cale chirurgicală în cazurile când am avut o sarcină sub 31 săptămâni, o sarcină gemelară (al doilea copil din gemeni) sau o prolapsare a anșelor ombilicale.

Rezultatele nașterilor pe cale naturală ne-au sugerat ideea că, compensarea concentrică la care căpușorul fătului este într-o oarecare măsură adaptat, nu este atât de periculoasă ca o extensie a acestuia ce afectează mult mai serios structurile anatomice și hemolicevoriene ale creierului. De aceea este nevoie de a diminua tracțiunile longitudinale prin fortificarea forțelor de expulzie, de a sincroniza acțiunile medicului și ale asistentului în momentul nașterii căpușorului fetal. La fel, deosebit de periculoasă ni se pare și expulzia fătului în varietatea posterioară, pentru prevenirea căreia este nevoie de rotat fătul în jurul axei lui longitudinale la 180°. Această manevră trebuie executată în momentul nașterii copilului până la centura ombilicală, însă când fătul se naște până la centura scapulară, astfel de rotație este contraindicată.

Atunci când reținerea înaintării căpușorului prin bazinul mic este cauzată de stabilirea centurii scapulare în diametrul transvers, pentru a preveni astfel de situații și a asigura trecerea rapidă și atentă a căpușorului, se propune păstrarea expulziei trunchiului și omoplaților prin diametrul anteroposterior. Din momentul nașterii fătului până la ombilic, nașterea trebuie să se termine de sine stătător în 1-2 scremete (1-2 min.). După nașterea feselor fătului, parturientei se oferă un repaus de 2-3 scremete. Ca regulă, scremetele devin mai puternice și mai efective, iar nașterea se termină spontan în 1-2 minute.

Analizând cauzele principale ale deceselor perinatale, am constatat că atât copii la termen cât și cei prematuri au decedat preponderent în urma unei infecții intrauterine severe, apoi din cauza viciilor congenitale și numai într-un singur caz în urma șocului dolic la un nou-născut de sex masculin.

După datele specialiștilor englezi, operația cezariană la un termen al sarcinii de 33-36 săptămâni se face în 87% cazuri; la 28-36 săptămâni - 81%; 27 săptămâni < 39% [1]. În SUA, la un termen mai mic de 26 săptămâni sarcină decizia privind cezariana se i-a individual; la 26-32 săptămâni - numai prin operație cezariană; la 32 săptămâni și peste - operația este efectuată la dorința pacientei [1]. Obstetricienii din Federația Rusă se conduc de indicațiile pentru operația cezariană atât pentru primipare, cât și pentru multipare elaborate de academicianul V.Kulakov și profesorul E.Cernuha. În opinia lor, indicații stricte pentru nașterea abdominală sunt masa fătului > 3600 g și < 2000 g; prezentația pelvină mixtă la primipare, prezentația podalică; prezentația pelvină în asociere cu alți factori nefavorabili.

Dinamica mortalității perinatale și a cezarienilor la prezentația pelvină

	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Prezența pelviană	74	5	94	6	87	60	72	4,7	91	6	124	9	116	7
Cezariene	10	14	18	19	12	14	9	130	11	12	9	7	13	11
Mortalitatea perinatală	15	205	9	98	10	115	11	1530	13	143	19	153	15	129

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Prezența pelviană	138	9	120	8	156	9	138	9	120	8	156	9
Cezariene	39	28	28	23	55	35	39	28	28	23	55	35
Mortalitatea perinatală	8	58	19	158	34	218	8	58	19	158	34	218

În tabelul 1 noi vă prezentăm frecvența operației cezariene și contrapunerea acesteia cu indicii mortalității perinatale la prezentațiile pelviene în perioada anilor de referință.

Conform datelor prezentate, constatăm o tendință generală în dinamica indicatorilor de bază ce se referă la finalizarea nașterilor în prezentațiile pelviene, și anume - odată cu majorarea numărului de operații cezariene scade rata mortalității perinatale.

Astfel, analiza retrospectivă a nașterilor în prezentație pelvină ne-a permis să tragem unele concluzii ce nu au caracter deliberativ, ci unul ce ține de opinia noastră personală:

- considerăm oportună lărgirea indicațiilor spre rezolvarea sarcinii prin operație cezariană cu copii ce au masa între 1000-1499 g și menținerea unei rate optime atât în categoria dată, cât și în categoria copiilor cu masa de 1500-1999 g pentru a avea indicatori perinatali favorabili;

- rata cezarienelor în jurul a 50% la copiii cu masa 3500 g și mai mare pare ar fi rațională și va depinde în mare măsură de corectitudinea indicațiilor către intervenția chirurgicală depistate prompt și la timp;

- rezultatele nașterilor pe cale naturală sunt influențate de alte situații patologice somatice și obstetricale și vor depinde, fără îndoială, și de nivelul profesional al celor ce asistă nașterile în prezentație pelvină;

- prezentațiile pelvine la sigur prezintă o situație patologică în practica obstetricală;

- pericolul pierderilor perinatale în prezentațiile pelvine este persistent în cazurile masei fătului ≤ 2500 g și ≥ 3500 g .

Bibliografie:

1. Paladi Gh., Cernetchi Olga, Tabuică Uliana. Rezultatele revizuirii tacticii de conduită a sarcinii și nașterii în unele patologii obstetricale . Buletin de Perinatologie 2011, nr. 3-4, pag. 75-82.

2. Dumont M., Nelken S. et Condamin P. Etude de 309 accouchements en presentation du siege. Revue francais de gynecologie et d'obstetrique, 1977, 12. 771-774.

3. Hofmeyr G. I., Hannah M.E// Cochrane Database Syst. Rev. 2001, Nr.1, CD 000166.

4. Hudiță D., Băncănu G.. Asistența la naștere în prezentație pelviană. Congresul Național de Obstetrică. Ginecologie, 2002, p.57-59.

5. Радзинский В. Е., Костин И.Н.. Безопасное акушерство.»Акушерство и гинекология, 2007, N 5, стр. 12-17.

6. Савельева Г.М., Курцер МА, Караганова Е.Я, Бреусенко Л.Е., Третякова М.В. Ведение патологических и осложненных родов . Акушерство и гинекология, 2011, N 3, стр. 4-10.

7. Стрижаков Д.Н., Игнатко И.В.. Тазовое предлежание плода - новый взгляд на старую проблему. Акушерство и гинекология, 2007, N 5, стр. 17-23.

8. Чернуха Е.А.. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве? . Акушерство и гинекология, 2005, N 5, стр. 8-12.

9. Чернуха Е.А. Т.К. Пучко. Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешать путем кесарева сечения ? Акушерство и гинекология, 2007, N 2, стр. 8-14.