

Ecaterina Stepan, A.Serbenco, V. Petrov  
**INFLUENȚA VALVULOPATIILOR MITRALE REUMATISMALE  
ASUPRA EVOLUȚIEI SARCINII, NAȘTERII ȘI STĂRII FĂTULUI**  
*IMSP Institutul Mamei și Copilului (director Șt. Gațcan, dr. med., conf. univ.)*

SUMMARY

RHEUMATIC MITRAL VALVULOPATHIES INFLUENCING PREGNANCY, BIRTH AND THE FETUS CONDITION

**Keywords:** *pregnant women, pregnancy, birth, fetus, risk factors, rheumatic mitral valvulopathies.*

*Perinatal morbidity and mortality rate is high among pregnant women and women who gave birth for the first time, which are part of the “major perinatal risk”. This study was initiated to determine the influence of cardiac pathology on the course of pregnancy, birth and the condition of fetus in pregnant women with RMV. The study included 476 pregnant randomized depending on the presence of cardiac pathology and the degree of circulatory influence by NYHA. Pregnant women with RMV are at higher risk of complication of pregnancy (with dis-pregnancy by 4,5 times, with imminent abortion by 3,2 times, with preeclampsia by 4 times, with oligoamnios by 4,3 times) and birth (with contraction abnormalities by 3,5 times, with premature rupture of amniotic membranes by 1,7 times, with premature birth by 3,1 times). RMV increase the risk of birth of a hypotrophy child by 3,9 times and a child in asphyxia by 3 times.*

**Abrevieri:** *VMR- valvulopatii mitrale reumatismale; NYHA- New Zork Heart Association; BCV – boli cardiovasculare; IRVA – infecții respiratorii virale.*

REZUMAT

**INFLUENȚA VALVULOPATIILOR MITRALE REUMATISMALE  
ASUPRA EVOLUȚIEI SARCINII, NAȘTERII ȘI STĂRII FĂTULUI**

**Cuvinte cheie:** *gravidă, sarcină, naștere, făt, factori de risc, valvulopatie mitrală reumatică*

*Rata morbidității și mortalității materne și perinatale este ridicată în rândul unor gravide și parturiente ce fac parte din grupul “de risc major” perinatal. Acest studiu a fost inițiat pentru determinarea influenței patologiei cardiace asupra evoluției sarcinii, nașterii și stării fătului la gravidele cu valvulopatii mitrale reumatismale (VMR). În studiu au fost incluse 476 gravide randomizate ținând cont de prezența patologiei cardiace și de gradul de influență circulatorie după NYHA. Gravidele cu VMR au un risc mai mare de complicare a sarcinii (cu disgravidii de 4,5 ori, cu iminență de avort de 3,2 ori, cu preeclampsie de 4 ori, cu oligoamnios de 4,3 ori) și nașterii (cu anomalii ale forțelor de contracție de 3,5 ori, cu ruperea prematură a membranelor amniotice de 1,7 ori, cu nașterea prematură de 3,1 ori). VMR măresc riscul de naștere a unui copil hipotrof de 3,9 ori și a unui copil în asfizie de 3 ori.*

**Abbreviations:** *RMV - rheumatic mitral valvulopathies; NYHA- New Zork Heart Association; CVD – cardiovascular diseases; AVRI –acute respiratory infections.*

**Actualitatea.** Pe parcursul ultimelor decenii în țările industrial dezvoltate bolile cardiovasculare tot mai des se întâlnesc la femei de vârstă tânără, care constituie cauza principală de deces. În Rusia decesul cauzat de bolile cardiovasculare la femei constituie 63% [1,2].

Rata morbidității și mortalității materne și perinatale este ridicată în rândul unor gravide și parturiente ce fac parte din grupul “de risc major” perinatal. Acest grup de femei constituie aproximativ 30% din numărul total al gravidelor, care contribuie direct sau indirect la 2/3 din pierderile perinatale. Din aceste motive gravidele și parturientele incluse în grupul “de risc major” necesită o atenție deosebită și au nevoie de un

management calitativ pe parcursul sarcinii și nașterii din partea obstetricianului, medicului de familie și a altor specialități de profil.

Incidența bolilor cardiovasculare în sarcină constituie 5-10%. Din patologia cardiovasculară în sarcină cel mai frecvent valvulopatiile mitrale reumatismale care constituie până la 80% [3,4,5].

Sarcina la gravidele cu patologie cardiovasculară se complică frecvent cu anemie, gestoze tardive, iminență de întrerupere a sarcinii și naștere prematură, insuficiență utero-placentară cronică, hipoxie și hipotrofie fetală etc. [6,7].

Factorii de risc cardiaci, prin acțiunile lor asupra evoluției sarcinii, nașterii, stării intrauterine a fătului,

contribuie esențial la sporirea morbidității și mortalității materne și fetale [8, 9].

În literatura de specialitate nu sunt suficiente date despre influența patologiei cardiace ca factor de risc asupra evoluției sarcinii, nașterii și a stării intrauterine a fătului.

**Scopul lucrării** a fost de a studia influența patologiei cardiace, ca factor de risc, în raport de clasa funcțională NYHA, asupra evoluției sarcinii, nașterii, stării intrauterine a fătului și nou-născutului la gravidele cu valvulopatii mitrale reumatismale (VMR).

**Material și metode.** În studiu au fost incluse 476 gravide care au fost divizate în două loturi. Lotul de cercetare L<sub>1</sub> a inclus 238 de femei gravide cu VMR care au fost la rândul lor divizate în două subloturi: gravide cu VMR și insuficiența circulatorie NYHA-I (lotul I A; n=118) și NYHA –II (lotul I B; n=120). Lotul de control L<sub>0</sub> a inclus 238 de femei gravide fără VMR.

Pentru determinarea riscului s-a utilizat „Tabelul de contingență 2x2” cu ajutorul căruia au fost calculați RR (riscul relativ), Î (intervalul de încredere), x<sup>2</sup> (chi-patrat), FA(%), fracțiunea atribuibilă).

**Rezultate și discuții.** Este bine cunoscut faptul că actualmente patologia cardiovasculară este cea mai frecventă patologie extragenitală întâlnită la gravide și prezintă cea mai importantă cauză în mortalitatea maternă, în pofida faptului că pe mapamond acest indicator în ultimul deceniu este în scădere. Bolile cardiovasculare (BCV) în mod direct sau indirect pot influența evoluția sarcinii, patologia obstetricală, starea intrauterină a fătului, evoluția nașterii și condiționa mai des aplicarea manoperelor obstetricale de terminare a travaliului în interesul mamei și a fătului. În această lucrare sunt elucidate unele momente cum patologia cardiacă (VMR) ar putea influența sau agrava evoluția sarcinii și nașterii la acest contingent de gravide (fig. 1).

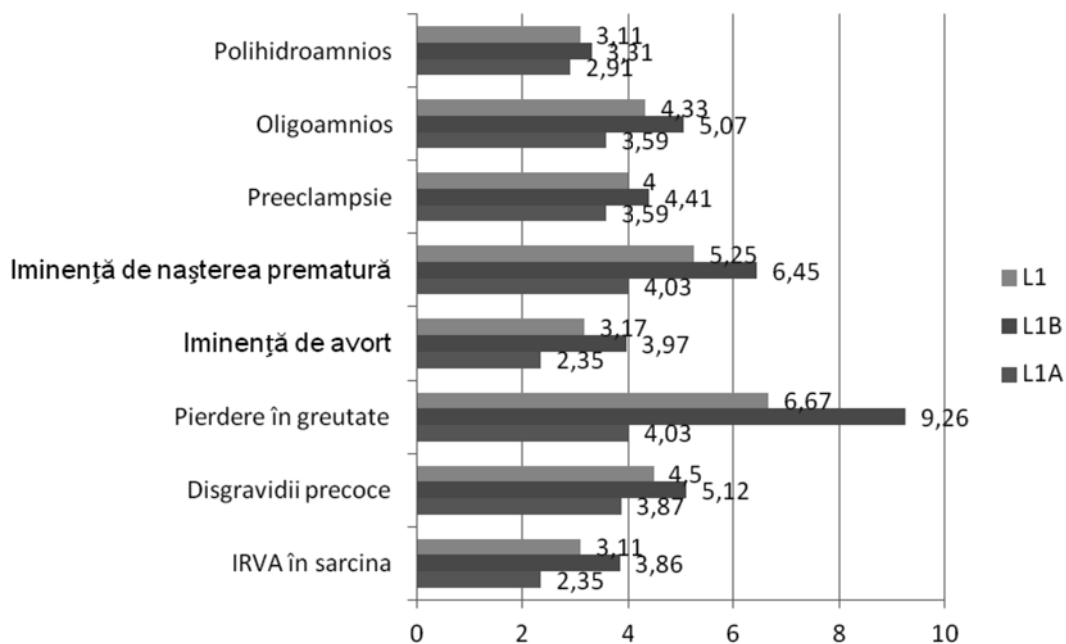


Fig. 1. Influența factorilor de risc cadiaci asupra evoluției sarcinii la gravidele cu VMR.

În studiul nostru, infecțiile respiratorii virale acute în sarcină au fost constatate la 56 (23,5%) de gravide din lotul de bază și la 18 (7,6%) gravide din lotul martor (RR3=3,11; Î [1,887-5,128]; p<0,0001; FA= 66,7%). Infecții respiratorii virale acute au fost diagnosticate la 35 (29,2%) de gravide din sublotul de bază 2 (RR2=3,86; Î[2,283-6,515]; p<0,0001; FA=72,4%) și la 21 (17,8%) de gravide din sublotul de bază 1 (RR2=2,35; Î[1,305-4,243]; p<0,004; FA=55,6%).

Creșterea incidenței infecțiilor virale acute în sarcină la pacientele cu VMR este legată cu diminuarea statutului imun general, condiționată de mecanismele de păstrare a sarcinii, de rata mare a anemiei feriprive și depinde de clasa funcțională NYHA.

Disgraviddii precoce au fost constatate la 54 (22,69%) de gravide din lotul de bază și la 12 (4,94%) gravide din lotul martor (RR3= 4,5; Î[2,472-8,193]; p<0,0001; FA=78,3%). Disgraviddii precoce au fost diagnosticate la 31 (25,83%) de gravide din sublotul de bază 2 (RR2= 5,12; Î[2,731-9,612]; p<0,0001; FA=80,8%) și la 23 (19,49%) de gravide din sublotul de bază 1 (RR1= 3,87; Î[1,994-7,496]; p<0,0002; FA= 73,7%). Disgraviddiile precoce (ptialismul, voma la gravide) sunt condiționate de dereglările hormonale, în particular, concentrația mărită de hCG, de asemenea, de statutul somatic agravat la pacientele cu VMR.

Pierdere în greutate în termene precoce de sarcină a fost depistată la 40 (16,8%) de gravide din lotul

de bază și la 6 (2,5%) gravide din lotul martor (RR3 = 6,67; ÎI [2,881-15,428]; p<0,0001; FA=82,4%). În dependență de clasa funcțională HYHA, pierdere în greutate în termene precoce a fost diagnosticată la 23 (19,17%) de gravide din subplotul de bază 2 (RR2= 9,26; ÎI[3,94-21,741]; p<0,0001; FA=86,9%) și la 12 (10,17%) gravide din subplotul de bază 1 (RR1= 4,03; ÎI[1,479-10,481]; p<0,002; FA=70,0%). Pierderea în greutate este legată de pierderea de lichide și minerale în disgravidii precoce și de asimilarea proastă a alimentelor din cauza vomiei.

Sarcina la gravidele cu VMR s-a complicat cu iminență de avort spontan la 57 (23,95%) de gravide din lotul de bază și la 18 (7,6%) gravide din lotul martor (RR3= 3,17; ÎI[1,924-5,213]; p<0,0001; FA=66,7%). În dependență de clasa funcțională NYHA, iminență de avort spontan a fost diagnosticată la 36 (30,0%) de gravide din subplotul de bază 2 (RR2= 3,97; ÎI[2,355-6,682]; p<0,0001; FA=73,3%) și la 21 (17,8%) de gravide din subplotul de bază 1 (RR1= 4,03; ÎI[2,091-7,78]; p<0,0001; FA=75,0%). La pacientele cu BCV s-au constatat dereglări indirecte în axul ciclului menstrual (menarhe tardivă, menstruații neregulate, hiperpolimenoree etc.), stabilindu-se un fond hormonal insuficient care, probabil, a provocat o rată mărită a iminenței de avort spontan în termen precoce și tardiv de sarcină.

Iminență de naștere prematură a fost depistată la 63 (26,5%) de gravide din lotul de bază și la 12 (5,0%) gravide din lotul martor (RR3= 5,25; ÎI[2,908-9,477]; p<0,0001; FA=80,8%). Iminență de naștere prematură a fost diagnosticată la 39 (32,5%) de gravide din subplotul de bază 2 (RR2= 6,45; ÎI[3,507-11,847]; p<0,0001; FA=84,8%) și la 24 (20,83%) de gravide din subplotul de bază 1 (RR1= 4,03; ÎI[2,091-7,78]; p<0,0001; FA=75,0%). Riscul iminenței de naștere prematură la pacientele cu VMR depinde de clasa funcțională NYHA și este condiționat de insuficiența placentară, confirmată prin dozările hormonale și investigațiile morfopatologice ale placentei.

Preeclampsia a fost constatată la 36 (15,13%) de gravide din lotul de bază și la 9 (3,8%) gravide din lotul martor (RR3= 4,0; ÎI[1,971-8,12]; p<0,002; FA=73,3%). În dependență de clasa funcțională NYHA, preeclampsia a fost diagnosticată la 20 (16,66%) de gravide din subplotul de bază 2 (RR2= 4,41; ÎI[2,071-9,382]; p<0,003; FA=76,5%) și la 16 (13,56%) gravide din subplotul de bază 1 (RR1= 3,59; ÎI[1,633-7,871]; p<0,0007; FA=71,4%).

VMR a contribuit la o incidență crescută a preeclamsiei, condiționată de patologia extragenitală (pielonefrite, HTA, diabet zaharat, obezitate etc.), care, la acest contingent de paciente, se întâlnește frecvent.

Oligoamnios a fost depistat la 39 (16,4%) de gravide din lotul de bază și la 9 (3,8%) gravide din lotul martor (RR3= 4,33; ÎI[2,147-8,745]; p<0,0001; FA=75,0%). Oligoamnios a fost diagnosticat la 23

(19,17%) de gravide din subplotul de bază 2 (RR2= 5,07; ÎI[2,421-10,61]; p< 0,0001; FA=78,9%) și la 16 (13,56%) gravide din subplotul de bază 1 (RR1=3,59; ÎI[1,633-7,871]; p<0,0007; FA=71,4%). VMR, prin intermediul patologiilor extragenitale și obstetricale (diverse maladii infecțioase, infecția intrauterină, patologia epiteliului amniotic, HTA, maladiile endocrine, preeclampsia), care sunt frecvent asociate, pot servi drept factori favorabili în dezvoltarea oligoamniosului care poate avea efect negativ asupra evoluției normale a sarcinii și dezvoltării intrauterine a fătului.

Polihidroamniosul a fost constatată la 28 (11,8%) de gravide din lotul de bază și la 9 (3,8%) gravide din lotul martor (RR3= 3,11; ÎI[1,286-1,946]; p<0,001; FA=66,7%). În dependență de clasa funcțională NYHA, polihidroamniosul a fost diagnosticat la 15 (12,5%) gravide din subplotul de bază 2 (RR2= 3,31; ÎI[1,404-2,816]; p<0,002; FA=69,2%) și la 13 (11,02%) gravide din subplotul de bază 1 (RR1= 2,91; ÎI[1,282-6,62]; p<0,008; FA=63,6%). Polihidroamniosul moderat în patologia cardiacă poate fi condiționat de infecția intrauterină, de infecțiile suportate până la sarcină sau în sarcină (pielonefrită, diabet zaharat, patologia amniosului), de unele stări obstetricale și fetale (duplex, dereglarea funcției excretorii fetale).

Patologia cardiacă în dependență de clasa funcțională s-a reflectat negativ asupra evoluției nașterii prin diverse complicații, care au sporit incidența manoperelor obstetricale aplicate cu scop de terminare a sarcinii (tabelul 1).

Nașterea prematură a fost constatată la 28 (11,8%) de gravide din lotul de bază și la 12 (4,94%) gravide din lotul martor (RR3=3,11; ÎI[1,500-6,451]; p<0,0012; FA=66,7%). De asemenea, ea fost diagnosticată la 17 (14,17%) gravide din subplotul de bază 2 (RR2=3,75; ÎI [1,721-8,153]; p<0,0004; FA=71,4%) și la 11 (9,32%) gravide din subplotul de bază 1 (RR1=2,47; ÎI[1,051-5,784]; p<0,033; FA=55,6%). Nașterea prematură la pacientele cu VMR a fost condiționată, în mare parte, de propagarea ascendentă a infecției din vagin, ruperea prematură a membranelor și corionamnionită.

Ruperea prematură a membranelor a fost depistată la 121 (50,8%) de gravide din lotul de bază și la 70 (29,41%) de gravide din lotul martor (RR3=1,73; ÎI[1,369-2,182]; p<0,0001; FA=43,1%). Aceiași patologie a fost diagnosticată la 64 (53,33%) gravide din subplotul de bază 2 (RR2=1,81; ÎI[1,400-2,348]; p<0,0005; FA=45,3%) și la 57 (48,32%) de gravide din subplotul de bază 1 (RR1= 1,64; ÎI[1,252-2,154]; p<0,0005; FA=39,6%). VMR la gravide a fost urmată de o rată crescută a ruperii premature a membranelor care este legată de colpitele suportate prepartum și infectarea membranelor amniotice pe cale ascendentă, de procesele destructive în membranele amniotice, infecțiile suportate în sarcină, corionamnionita în naștere.

**Estimarea efectelor VMR în dependență de clasa funcțională NYHA asupra evoluției și metodelor de rezolvare a nașterii, în comparație cu gravidele practic sănătoase**

Caracteristica	Lotul martor (n=238)	Sublotul de bază 1 (n=118)		Sublotul de bază 2 (n=120)		Lotul de bază (n=238)	
	Abs.	Abs.	RR; Î <sub>95</sub> ; p; FA (%)	Abs.	RR; Î <sub>95</sub> ; p; FA (%)	Abs.	RR; Î <sub>95</sub> ; p; FA (%)
Nașterea prematură	9	11	2.47; 1.051-5.784; 0.033; 55.6%	17	3.75; 1.721-8.153; 0.0004; 71.4%	28	3.11; 1.500-6.451; 0.0012; 66.7%
Ruperea prematură a membranelor	70	57	1.64; 1.252-2.154; 0.0005; 39.6%	64	1.81; 1.400-2.348; 0.0005; 45.3%	121	1.73; 1.369-2.182; 0.0001; 43.1%
Anomaliile forțelor de contracție	12	17	2,86; 1,411-5,784; 0,002; 64,3%	25	4,13; 2,152-7,934; 0,0001; 76,2%	42	3,5; 1,891-6,479; 0,0001; 72,2%
Operația cezariană	20	18	1.82; 0.999-3.299; 0.0491	34	3.37; 2.031-5.597; 0.0001; 71.4%	52	2.6; 1.603-4.216; 0.0004; 63.6%
Vacuum extracție	9	16	3,59; 1,633-7,84; 0,0007; 71,4%	21	4,63; 2,187-9,791; 0,0001; 77,8%	37	4,11; 2,029-8,328; 0,0001; 75,0%

Legendă: RR- risc relativ; Î- intervalul de încredere; FA - fracțiunea atribuabilă.

Anomaliile ale forțelor de contracție s-au constatat la 42 (17,7%) de gravide din lotul de bază și la 12 (5,0%) gravide din lotul martor (RR3= 3,5; Î[1,891-6,479]; p<0,0001; FA=72,2%). Patologia în cauză a fost diagnosticată și la 25 (20,83%) de gravide din sublotul de bază 2 (RR2= 4,13; Î[2,152-7,934]; p<0,0001; FA=76,2%) și la 17 (14,41%) gravide din sublotul de bază 1 (RR1= 2,86; 1,411-5,784; 0,002; 64,3%). Pentru patologia cardiacă sunt caracteristice nașterile rapide. În studiul nostru, concomitent cu nașterile rapide am întâlnit și insuficiența forțelor de contracție, care a fost condiționată de perioada alichidiană prelungită, de colul biologic nepregătit, de nașterile prelungite și oboseala în naștere.

Operație cezariană s-a efectuat la 52 (21,9%) de gravide din lotul de bază și la 21 (8,8%) gravide din lotul martor (RR3= 2,6; Î[1,603-4,216]; p<0,0004; FA=63,6%). Operație cezariană au necesitat 34 (28,33%) de gravide din sublotul de bază 2 (RR2= 3,37; Î[2,031-5,597]; p<0,0001; FA=71,4%) și 18 (15,25%) gravide din sublotul de bază 1 (rezultat nesemnificativ). VMR nu a influențat direct metodele de terminare a sarcinii, operația cezariană și indirect, prin complicațiile obstetricale care sau întâlnit frecvent în naștere, insuficiența forțelor de contracție și suferința fetală acută sau progresivă în naștere.

Extracția prin vacuum s-a aplicat la 37 (15,6%) de gravide din lotul de bază și la 9 (3,8%) gravide din lo-

lotul martor (RR3= 4,11; Î[2,029-8,328]; p<0,0001; FA=75,0%). Deasemenea, vacuum extracția s-a efectuat la 21 (17,5%) de gravide din sublotul de bază 2 (RR2= 4,63; Î[2,187-9,791]; p<0,0001; FA=77,8%) și la 16 (13,56%) gravide din sublotul de bază 1 (RR1= 3,59; Î[1,633-7,84]; p<0,0007; FA=71,4%). La gravidele cu VMR indicații directe pentru aplicarea vacuum extractivului au servit insuficiența scremetelor în perioada a II a nașterii și suferința fetală acută sau progresivă.

În patologia cardiacă în timpul sarcinii și nașterii au fost constatate și simptome de afectare a fătului și nou-născutului (tab. 2).

În urma analizei s-a obținut, că patologia cardiacă în dependență de clasa funcțională NYHA a avut efect negativ asupra stării și dezvoltării intrauterine a fătului. Retard fetal s-a constatat la 47 (18,95%) de nou-născuți din lotul de bază și la 12 (5,0%) nou-născuți din lotul martor (RR3= 3,92; Î[2,133-7,193]; p<0,0001; FA=75,0%). De asemenea la 30 (24,0%) de nou-născuți din sublotul de bază 2 (RR2= 4,96; Î[2,634-9,333]; p<0,0001; FA=80,0%) și la 17 (13,82%) nou-născuți din sublotul de bază 1 (RR1= 2,86; Î[1,411-5,784]; p<0,002; FA=64,3%). Retardul fetal în patologia cardiacă a fost condiționată de suferința fetală demonstrată prin investigațiile hormonale și morfopatologice.

**Estimarea efectelor VMR în dependență de clasa funcțională NYHA asupra stării intrauterine a fătului și nou-născutului, în comparație cu nou-născuții de la gravidele practic sănătoase**

Caracteristica	Lotul martor (n=238)	Sublotul de bază 1 (n=118)		Sublotul de bază 2 (n=120)		Lotul de bază (n=238)	
	Abs.	Abs.	RR; Î <sub>95</sub> ; p; FA (%)	Abs.	RR; Î <sub>95</sub> ; p; FA (%)	Abs.	RR; Î <sub>95</sub> ; p; FA (%)
Retard fetal	12	17	2,86; 1,411-5,784; 0,002; 64,3%	30	4,96; 2,634-9,333; 0,0001; 80,0%	47	3,92; 2,133-7,193; 0,0001; 75,0%
Copii cu scorul Apgar <5 puncte	3	2	0,67; 0,071-6,394; 0,73;	4	2,64; 0,602-11,626; 0,1818;	6	1,67; 0,403-6,895; 0,4762;
Copii cu scorul Apgar < 7 puncte	24	26	2,19; 1,313-3,635; 0,002; 54,5%	31	2,56; 1,576-4,163; 0,0001; 61,5%	57	2,38; 1,527-3,694; 0,0001; 58,3%
Asfloxia nou-născutului, total	21	28	2,69; 1,597-4,528; 0,0001; 62,5%	35	3,31; 2,016-5,420; 0,0001; 69,0%	63	3,0; 1,894-4,752; 0,0001; 65,4%

Legendă: RR- risc relativ; Î- intervalul de încredere; FA - fracțiunea atribuabilă.

Scorul Apgar ≤5 puncte a fost constatat la 6 (2,55%) copii din lotul de bază și la 1 (1,23%) copil din lotul martor (RR3= 1,67; Î[0,403-6,895]; p>0,4762; același scor Apgar ≤5 puncte s-a evaluat la 4(%) de copii din sublotul de bază 2 (RR2=2,64; Î [0,602-11,626]; p> 0,1818) și la 2(%) nou-născuți din sublotul de bază 1 (RR1 =0,67; Î[0,071-6,394]; p > 0,73). Date statistice neconcludente. Asfloxia nou-născutului apreciată cu scorul Apgar ≤5 puncte a fost condiționată de următoarea patologie obstetricală: circulară strânsă de cordon ombilical, dezlipire de placentă, cordon ombilical anatomic scurtat.

Scorul Apgar < 7 puncte a fost constatat la 57 (23,95%) de copii din lotul de bază și la 24 (10,1%) de copii din lotul martor (RR3= 2,38; Î[1,527-3,694]; p<0,0001; FA=58,3%). Scorul Apgar 6-7 puncte a fost depistat la 31 (25,83%) de copii din sublotul de bază 2 (RR2= 2,56; Î[1,576-4,163]; p<0,0001; FA=61,5%) și la 26 (22,03%) de copii din sublotul de bază 1 (RR1= 2,19; Î[1,313-3,635]; p<0,002; FA=54,5%).

Asfloxia nou-născutului a fost constatată în total la 63 (23,95%) de copii din lotul de bază și la 21 (8,6%) copii din lotul martor (RR3 = 3,0; Î[1,894-4,752]; p<0,0001; FA=65,4%). De asemenea asfloxia nou-născutului a fost depistată la 35 (28,0%) de copii din sublotul de bază 2 (RR2=3,31; Î [2,016-5,420]; p<0,0001; FA=69,0%) și la 23 (22,76%) de copii din sublotul de bază 1 (RR1=2,69; Î [1,597-4,528]; p<0,0001; FA=62,5%).

În ansamblu, asfloxia nou-născutului în naștere nu a fost provocată în mod direct de VMR, dar de cauze indirecte condiționate de patologia obstetricală și fetală (RR foarte mare - 3,0).

### Concluzii:

1. La gravidele cu VMR riscul complicării sarcinii cu disgravidii este de 4,5 ori (RR =4,5; Î [2,472-8,193]; p<0,0001; FA =78,3%), cu iminență de avort de 3,2 ori (RR =3,17; Î [1,924-5,213]; p< 0,0001; FA =66,7%), cu preeclampsie de 4 ori (RR= 4,0; Î[1,971-8,12]; p<0,002; FA=73,3%), cu oligoamnios de 4,3 ori mai mare (RR=4,33; Î [2,147-8,745]; p<0,0001; FA =75,0%), în comparație cu lotul martor.

2. Patologia cardiacă la rândul său influențează și evoluția nașterii la gravidele cu VMR. Riscul complicațiilor cu anomalii de contracție este de 3,5 ori mai mare (RR =3,5; Î [1,891-6,479]; p<0,0001; FA =72,2%), riscul de rupere prematură a membranelor amniotice de 1,7 ori mai mare (RR=1,73; Î [1,369-2,182]; p<0,0001; FA =41,2%), de naștere prematură de 3,1 ori mai mare (RR 3,11; 1.500-6.451; p< 0.0012; FA 66.7%), în comparație cu lotul martor.

3. Patologia cardiacă servește ca factor de risc în aplicarea mai frecventă a manoperilor obstetricale de terminare a sarcinii prin operația cezariană de 2,6 ori (RR =2,6; Î [1,603-4,216]; p<0,0001; FA =59,1%), prin aplicarea vacuum-extractorului de 4,1 ori mai mare (RR= 4,11; Î [2,029-RR 3.11; 1.500-6.451; p< 0.0012; FA 66.7%) 8,328]; p<0,0001; FA =75,0%) în comparație cu lotul martor.

4. Valvulopatiile mitrale reumatismale măresc riscul de naștere a unui copil hipotrof de 3,9 ori (RR=3,92; Î[2,133-7,193]; p<0,0001; FA=75,0%), de naștere a unui copil în asfloxie de 3 ori mai mare (RR=2,71; [1,702-4,33]; p<0,0001; FA= 62,5%) în comparație cu femeile gravide fără această patologie.

5. Toate aspectele enumerate mai sus impun clasa gravidelor cu patologii cardiovasculare în grupul de risc înalt pentru patologia perinatală maternă și fetală.

#### Bibliografie

1. American Heart Association. American Heart Association 2002 Heart and stroke Statistical Update. - Dallas, TX: American Heart Association, 2001. - P. 1-38.

2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине XX столетия: тенденции, возможные причины, перспективы // Кардиология. - 2000. - Т. 40, № 4. - С. 4-8.

3. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart. J. 2011, vol. 32, no. 24, p. 3147-3197.

4. Roeder H.A., Kuller J.A., Barker P.C. et al. Maternal valvular heart disease in pregnancy. Obstet. Gynecol. Surv. 2011, vol. 66, no. 9, p. 561-571.

5. Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П. Пороки сердца у беременных. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 160 с.

6. Gelson E., Gatzoulis M., Johnson M. Pregnancy plus Valvular heart disease. BMJ. 2007, vol. 335, no. 7628, p. 1042-1045.

7. Siu S., Colman J., Sorensen S. et al. Adverse neonatal and cardiac outcomes are more common in pregnant women with cardiac disease. Circulation. 2002, vol. 105, no. 18, p. 2179-2184.

8. Siu S., Sermer M., Colman J. et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. Circulation. 2001, vol. 104, no. 5, p. 515-521.

9. Siu S., Sermer M., Harrison D. et al. Risk and predictors for pregnancy-related complications in women with heart disease. Circulation. 1997, vol. 96, no. 9, p. 2789-2794.

© Liliana Fuior-Bulhac

Liliana Fuior-Bulhac

### IMPACTUL MASEI FETALE ȘI AL VOLUMULUI LICHIDULUI AMNIOTIC ASUPRA REZULTATELOR PERINATALE ÎN CAZUL RETARDULUI DE CREȘTERE INTRAUTERINĂ AL FĂTULUI

IMSP Institutul Mamei și Copilului  
(director Șt. Gațcan, dr. med., conf. univ.),

#### SUMMARY

#### IMPACT OF ESTIMATED FETAL WEIGHT AND VOLUME OF AMNIOTIC FLUID ON PERINATAL OUTCOMES IN INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION OF THE FETUS

**Keywords:** IUGR, estimated weight, amniotic fluid, perinatal outcomes.

**Introduction:** Fetal IUGR remains a current problem in perinatology. Contemporary methods for the diagnosis of this pathology with the use of ultrasound parameters, optimization of method of delivering can help improve perinatal outcomes and decrease the rate of perinatal morbidity and mortality in this population. IUGR remains a serious problem, which is associated with high morbidity and mortality in preterm infants group, whether the diagnosis is established before or after birth. An important role in the evaluation of cases with fetal RCIU plays perinatal outcome. It is known that neonates with IUGR have an increased risk to develop multiple perinatal complications, so frequently a need to be hospitalized in the intensive care unit. IUGR newborns often develop SDR, requiring respiratory support, develop different states of hypoxia and metabolic acidosis.

**Aim:** To study perinatal outcomes of fetal with IUGR using various parameters such as estimated weight and amniotic fluid index to increase the effectiveness of prenatal diagnosis.

**Materials and Methods:** The ultrasound was performed in 111 pregnant with IUGR and 116 without data of this disease which delivery occurred in the period 24-36+6 weeks amenorrhea. The criterion for selecting the main group of pregnant women was estimated fetal weight, determined by ultrasound examination, which was less than 10th percentile of standards fetal ultrasound table. The amniotic volum was establish after the amniotic index. Perinatal outcomes were studied depending on the degree of weight deficiency.