

- CTG în dinamică;
- Criteriile hemodinamice în timpul nașterii;
- Profilaxia hipoxiei intrauterine a fătului;
- Profilaxia complicațiilor septico-purulente;
- Profilaxia hemoragiilor hipotonice.

Bibliografie

1. Arapu N., Serbenco A. Evoluția clinică a sarcinii la pacientele cu anomalie a forțelor de contracție. // Anale Științifice ediția VI. Probleme actuale ale sănătății mamei și copilului. Chișinău, 2005, Vol.5, p.22-23.
2. Paladi Gh., Cernevschii O. // Obstetrica patologică, vol.2, 2007 p.439-473.
3. Дуда И.В. Нарушения сократительной деятельности матки, Ед. Беларусь, Минск, 1999, с.92-95, 195-197.
4. Комисарова Л.М., Чернухова Е.А., Пучко Т. К. Оптимизация кесарево сечения, // Журнал Акушерство и Гинекология, 2000, № 4, с. 60-62.
5. Мальцева Л.Н., Зефирова Т.П., Рос. Весн. // Акуш. и гин. 2006
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Быковщенко А.Н., Блудов А.А., // Акуш. и гин., М., 2001 №1, с.17-23.
7. Фофанова И.Ю. Гинекология, 2000, с.2-3, 33-37.. с.1, 20-24.
8. Чернуха Е.А. Родовой блок, 2006, с. 98.

FACTORII DE RISC ÎN DEZVOLTAREA TUBERCULOZEI LA GRAVIDE

Zoreana Cazacu

(Conducător științific – dr., hab., med., profesor universitar Olga Cernețchi;
Consultant științific – dr., hab., med., profesor universitar Constantin Iavorschi)
Catedra Obstetrică și Ginecologie FECM și F USMF "N. Testemițanu"

Summary

Risk factors in development of tuberculosis in pregnant women

Were studied and were analyzed epidemiological, medical, biological and social risk factors of development of tuberculosis in pregnant women. Appreciated the weight of each factor in the development of specific active process in these patients.

Rezumat

S-au studiat și s-au analizat factorii de risc epidemiologici, medico-biologici și sociali în dezvoltarea tuberculozei la femeile însărcinate. S-a apreciat ponderea fiecărui factor în dezvoltarea procesului specific activ la acest contingent de bolnave.

Actualitatea

În ultimii ani, în legătură cu creșterea globală a numărului de bolnavi de tuberculoză și cazurilor de îmbolnăvire de tuberculoză la femeile de vârstă reproductivă, problema înțelegerii și interconexiunii tuberculozei și sarcinii a căpătat o actualitate deosebită.

Dezvoltării tuberculozei la femeile gravide contribuie dereglările funcționale semnificative în multe organe și sisteme: endocrin, imun, nervos, cardio-vascular, excretor.

Suplimentar, structurarea sistemului osos la făt necesită consum sporit de calciu din organismul gravidei. Astfel, în organismul mamei are loc demineralizarea, ce contribuie la ramolirea focarelor tuberculozice vechi (în special în țesutul pulmonar) și activarea procesului tuberculos latent.

În mediu ambiant există un rezervoar semnificativ de infecție cu tuberculoză. Faptul pătrunderii micobacteriilor tuberculozei în organism, identificat ca infectare cu micobacteriile

tuberculozei, nu este similar cu îmbolnăvirea de tuberculoză. Sub influența sistemului imun uman micobacteria tuberculozei își poate modifica proprietățile biologice, în rezultat este micșorată virulența ei. În același timp, micobacteriile tuberculozei nu se elimină complet din organism, ci persistă, trecând din forma neactivă în cea activă, creștând riscul de dezvoltare a maladiei, la alipirea factorilor suplimentari de risc, ce provoacă scăderea protecției imune.

Scopul studiului a constat în determinarea ponderii factorilor de risc de bază în dezvoltarea tuberculozei active la gravide. La femeile însărcinate au fost cercetați factorii de risc epidemiologici, medico-biologici și sociali în dezvoltarea tuberculozei.

Material și metode

În vederea realizării acestui studiu s-a efectuat analiza retrospectivă a fișelor de observație clinică a pacientelor însărcinate cu tuberculoză activă a organelor respiratorii din baza de date a secțiilor specializate din cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc" (Chișinău) în perioada anilor 2000-2009. În lotul de studiu au fost incluse 84 gravide cu forma activă de tuberculoză a organelor respiratorii în timpul sarcinii (proces primar, acutizare sau recidivă). Materialul a fost prelucrat statistic prin metode matematice și șiruri variaționale cu determinarea erorii $p < 0.05$.

Rezultate și discuții

Vârsta femeilor gravide bolnave de tuberculoză implicate în studiu a variat între 14 și 45 ani, în mediu fiind de $23 \pm 0,62$ ani. În lotul de studiu au predominat gravidele de vârstă 14 - 25 ani: 46 (54,8 %) cazuri. (Tabelul 1.)

Tabelul 1

Repartizarea pacientelor în funcție de vârstă

Vârsta pacientelor	n	%
14 - 25 ani	46	54,8 %
26 – 35 ani	32	38,1 %
36 – 45 ani	6	7,1 %

Majoritatea femeilor au trait în sectorul rural – 56 (66,7 %) cazuri, mai rar în sectorul urban – 28 (33,3 %) cazuri.

Riscul dezvoltării tuberculozei crește semnificativ în prezența focarului de infecție tuberculoasă în condițiile contactului cu bolnavul de tuberculoză. Printre femeile studiate 44 (52,4 %) persoane au avut contactul identificat cu bolnavul de tuberculoză, din ei cu forma activă BAAR – pozitiv - 16 (36,3 %) persoane.

S-a constatat ca contact cu rudele bolnave de I linie au avut – 17 (38,6 %) paciente, cu vecinii – 11 (25,0 %) paciente, profesional – 6 (13,6 %) paciente. Contactul cu bolnavul de tuberculoză nu a fost identificat în 40 (47,6 %) cazuri. (Tabelul 2.)

Tabelul 2

Contactul cu bolnavul de tuberculoză

Tipul contactului	n	%
De familie	23	27,4 %
Teritorial	15	17,9 %
Profesional	6	7,1 %

Studiind factorii sociali de risc am constatat că 29 (34,5 %) persoane fac parte din familia social – vulnerabile, iar 12 (14,3 %) persoane au familia numeroasă (cu 3 și mai mulți copii).

Aceste categorii de paciente locuiesc în condiții nesatisfăcătoare și proaste de trai. Astfel, cca ½ din paciente incluse în studiu suferă de carență nutrițională în proteine, vitamine și minerale.

În structura pacientelor conform statutului social predominau persoanele neîncadrate în câmpul muncii – 62 (73,8 %) cazuri. (Figura 1.)

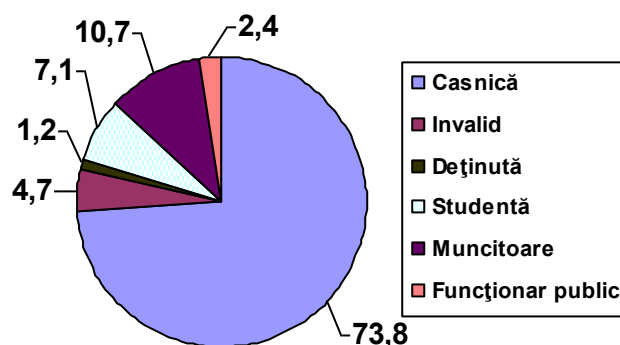


Figura 1. Repartizarea femeilor din lotul de studiu în funcție de statut social.

Analizând rolul migrației ca factor de risc de îmbolnăvire cu tuberculoză am stabilit că 12 (14,3 %) persoane au lucrat peste hotare (în special în țările CSI) anterior depistării formei active ale procesului specific. Durata perioadei de lucru a variat între 6 luni și 2 ani, și nu a influențat semnificativ riscul de îmbolnăvire cu tuberculoză.

Factorii medico-biologici de risc sunt determinați în mare parte de prezența patologiei somatice cronice la paciente din lotul de studiu (Figura 2)

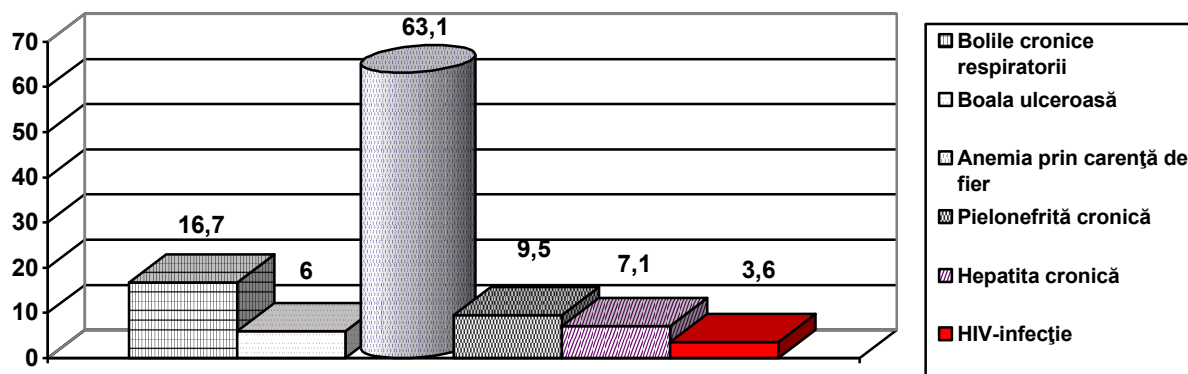


Figura 2. Factorii medico-biologici de risc în dezvoltarea tuberculozei la gravide

Astfel, la gravidele cu tuberculoză în 63,1 % cazuri se determină anemiile prin carență de fier, urmate de bolile cronice ale aparatului respirator – 16,7 % cazuri, pielonefritele cronice – 9,5 % cazuri, hepatitele cronice – 7,1 % cazuri, boala ulceroasă – 6 % cazuri. Prezența coinfecției cu HIV a fost constată în 3 cazuri. Prezența deprinderilor dăunătoare la femeile din lotul de studiu este înaltă – cca 1/3 din cazuri, din care au predominat gravidele cu tabacism cronic – 19 (22,6 %) cazuri. (Tabelul 3.)

Tabelul 3

Deprinderile dăunătoare la pacientele din lotul de studiu

Deprinderile dăunătoare	n	%
Tabacismul	19	22,6 %
Alcoolismul	4	4,8 %
Total	23	27,4 %

Studiind rolul intervalului între sarcini și parități în apariția procesului activ tuberculos am determinat că 30 (35,7 %) cazuri de tuberculoză s-au dezvoltat la gravide cu intervalul mai mic de 3 ani între sarcini, dintre care 12 (40 %) gravide fiind multipare. (Figura 3.)

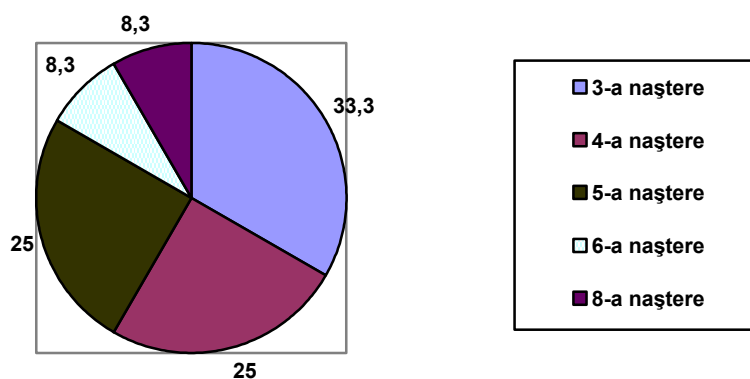


Figura 3. Rolul parității în dezvoltarea tuberculozei la gravide.

Rezultatele studiului nostru ne permit să facem **concluzie**, că:

1. Ca factori sociali de risc major în dezvoltarea tuberculozei la gravide sunt determinați nivelul social și de trai prost, fenomenul migrației, familiile numeroase.
2. Între factorii medico-biologici de risc un rol important îi revine patologiei somatice, deprinderilor nocive la viitoarele mame, în special tabacismul cronic, și intervalul mai mic de 3 ani între nașteri, care influențează negativ receptivitatea organismului gestantei la acțiunea micobacteriilor tuberculozei.
3. Din factorii epidemiologici de risc o importanță majoră are contactul cu bolnavul de tuberculoză, în special contactul de familie cu rudele de I linie.
4. În asigurarea asistenței medicale perinatale calitative gravidelor, în special celor din focarul de infecție tuberculoasă, este necesar de a lua în considerație factorii de risc menționați.

Bibliografie

1. Khilnani G. C. Tuberculosis and pregnancy. Review article. Indian Journal of Chest Dis and Allied Sciences 2004; 46: p.105-11.
2. Kothari A. Tuberculosis and pregnancy. Results of a study in a high prevalence area in London / A. Kothari, N. Mahadevan, J. Girling // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2006. – Vol. 126, .1. – P. 48-55.
3. Архипов В. В. и др. Заболевания лёгких при беременности. Под редакцией Чучалина А. Г., Краснопольского В. И., Фассахова Р. С. – Москва: Атмосфера, 2002. 89 с.
4. Валиев Р.Ш., Гилязутдинова З.Ш. Туберкулез и беременность. Казань, 2000. 63 с.
5. Глазкова И. В., Волкова Е. Н., Молчанова Л. Ф. Факторы риска развития туберкулеза у женщин репродуктивного возраста. В: Туберкулёз и болезни лёгких, 2010, № 4, с.14-17.
6. Горбач Н. А., Большакова И. А., Корецкая Н. М. Результаты экспертной оценки факторов риска заболевания туберкулезом. В: Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2004, № 5, с. 32-34.
7. Зайков С.В. Беременность и туберкулез. В: Медицинские аспекты здоровья женщины, 2010, № 3, с. 5-11.
8. Фишер Ю. Я. Беременность и роды как факторы риска заболевания туберкулезом. В: Проблемы туберкулеза и болезней легких, 1994, № 4, с. 14–17.