

ZINAIDA SÂRBU, VIORICA COȘPORMAC

PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI INFECȚIEI COVID-19 LA GRAVIDE. - RAPORT DE CAZ CLINIC

¹ IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

² IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, R. Moldova

SUMMARY

PARTICULARITIES OF THE EVOLUTION OF COVID INFECTION 19 IN PREGNANT WOMEN.- CLINICAL CASE REPORT

Key-words: SARS CoV-2, pregnancy, MODS, complications.

Introduction: Analysis of data from the systemic literature review and meta-analysis of 117 studies with a total of 11758 pregnant women, finds that most pregnant women or infected with SARS CoV-2 infection in the third trimester of pregnancy and maternal mortality is 1.39%. That is why we are looking for solutions in assessing the most appropriate time and way to complete the pregnancy in pregnant women with SARS CoV-2 infection, medium and severe form.

Results: The analysis of the data of the specialized literature as well as the data of the presented case confirms that the SARS CoV-2 infection starts with a mild form, which worsens and changes into a medium form SARS CoV-2 infection at 7 days from the beginning, and in the presented case it remained 22 days. , as PCR was positive for SARS-CoV2, notwithstanding the fact that her pregnancy was on the 7th day of illness because the pregnancy had a term of 35 weeks, and the AOC (double scar uterus) required that the latter be completed by urgent cesarean section.

Conclusions: Completion of pregnancy allows to reduce the action of the enlarged uterus on the diaphragm and lungs as well as the need to administer contraindicated medication during pregnancy.

SARS CoV-2 infection complicates the period of lausion (3 days) with hematometer and serum of the postoperative wound (7 days). Extraobstetric complications of SARS CoV-2 Infection were: 10 days after the onset of pneumothorax, pneumomediastinum, cervical subcutaneous emphysema, pleurisy, IRA, ARDS; at day 17 - toxiinfectious and dysmetabolic heart disease with heart failure, posthypoxic encephalopathy, toxic-dysmetabolic, secondary thrombocytosis. At the same time, we mention that from the onset of SARS-CoV2 infection until discharge, hepatic dysfunction with cytolytic syndrome, hydroelectrolytic disorders, toxin I infectious anemia were present.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ COVID-ИНФЕКЦИИ 19 У БЕРЕМЕННЫХ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Ключевые слова: SARS CoV-2, беременность, осложняет, ПОН.

Введение: Анализ данных системного обзора литературы и метаанализа 117 исследований с участием в общей сложности 11758 беременных женщин показывает, что у большинства беременных женщин инфицирование SARS CoV-2 происходит в третьем триместре беременности а материнская смертность составляет 1,39%. Вот почему мы ищем решения для определения наиболее подходящего момента и способа завершения беременности осложненной инфекцией SARS CoV-2 средней и тяжелой форм.

Результаты: Анализ данных литературы, а также данные представленного случая подтверждает, что заражение SARS CoV-2 начинается с легкой формы, которая ухудшается и переходит в среднюю форму инфекции SARS CoV-2 через 7 дней после заражения и в данном случае она сохранялась в течение 22 дней столько времени ПЦР на SARS-CoV2 был положительным, несмотря на то, что ее беременность завершилось на 7-й день болезни, поскольку срок беременности составлял 35 недель, а АОА (двойной рубец на матке) последняя была завершена операцией кесарево сечение.

Выводы: Завершение беременности позволяет уменьшить воздействие увеличенной матки на диафрагму и легкие, а также необходимость назначения противопоказанных лекарств во время беременности. Инфекция SARS CoV-2 осложняет послеродовой период (3 дня) гематометрой и нагноением послеоперационной раны (7 дней). Внеакушерские осложнения инфекции SARS CoV-2 были: через 10 дней после начала заболевания осложняется пневмотораксом, пневмомедиастинум, подкожной эмфиземы шей, плевритом, легочной недостаточностью, РДС; на 17-е сутки - токсико-инфекционно-дисметаболический порожение сердца с сердечной недостаточностью, постгипоксическая энцефалопатия, токсико-дисметаболический синдром, вторичный тромбоцитоз. В то же время отметим, что от начала заражения SARS-CoV-2 до выписки имели место нарушения функции печени с цитолитическим синдромом, гидроэлектролитические нарушения, инфекционная токсическая анемия I степени.

Introducere. Actualmente suntem în pandemie cu infecție COVID-19, care a pus o amprentă destul de sumbră asupra sarcinii, nașterii și perioadei de lăuzie. Rata înaltă de probabilitate de deces matern și perinatal la pacientele cu infecție SARS CoV-2 severă este înaltă deoarece suntem în căutarea soluțiilor în aprecierea momentului cel mai potrivit și modul de finalizare a sarcinii, care trebuie să fie individualizat în baza indicațiilor obstetricale și a stării materne. Pentru aceasta analizăm toate cazurile complicate. În IMSP Mama și Copilul conform ordinului MS a R. Moldova din 9 martie 2021 în secția de reanimare obstetrical ginecologică sunt internate gravidele și lăuzele cu infecție SARS CoV-2 forma medie. Pe parcursul acestei perioade au fost internate 30 de gravide cu infecție COVID-19 formă medie.

Raportare de caz. O gravidă la termenul 35 săptămâni de sarcină, în vârstă de 31 de ani, graviditatea 2, nașterea 2, cu antecedente obstetricale complicate prin uter dublu cicatricial, fără patologie extragenitală cronică în antecedente a fost transferată de la Maternitatea nr.2 la IMSP Institutul Mamei și Copilului, secția de reanimare obstetrical ginecologică cu profil Covid-19. La maternitatea nr. 2, gravida cu 35 de săptămâni de sarcină s-a aflat timp de 2 zile cu infecție SARS CoV-2, formă ușoară (testul PCR pozitiv la SARS CoV 2). Când starea gravidei din cauza bolii de bază a început să se agraveze: creșterea semnelor clinic de insuficiența respiratorie ce necesita oxigenoterapie a fost transferată la următorul nivel de acordare a asistenței medicale.

În secția de reanimare obstetrical ginecologică a IMSP Institutul Mamei și Copilului, gravida acuza, slăbiciune, dispnee la efort, tuse chinuitoare periodică, cu expectorații mucoase neînsemnate. Gravida este în cunoștință, se orientează în spațiu, răspunde adecvat la întrebări. Se socioate bolnavă de 4 zile (2 zile până la internare și 2 internată la maternitatea nr. 2). La debutul bolii a apărut subfibrilitet și rinoree, la care peste 24 de ore se alipește tusea care progresa, din care motiv s-a adresat la medicul de familie care a internat-o prin intermediul AMU la maternitatea nr. 2 conform protocolului.

La examenul obiectiv tegumente roz-pale, calde, edeme periferice nu sunt, T- 36,9 C. Respirația este spontană cu dispnee la efort, s-a constatat prezența datelor clinice de SDRA formă ușoară: hipoxemie ușoară (PaO₂ 70-80 mmHg), tahicardie, tahipnee asociată cu alcaloză

respiratorie. SpO₂ 95-96%, FiO₂ – 35%, FR- 19 r/min, TA 100/59 mm Hg. FCC 95-105 b/min. Indicele oxigenării PaO₂/ȘFIO₂=250-300.

Abdomenul mărit în volun din contul sarcinii, uterul relaxat, fundul de uter sub os xifoid, corespunde termenului sarcinii de 35 săptămâni. Fătul situat longitudinal, prezența cefalică, mișcările fetale active, BCF-154 b/min, clare, ritmice.

La examenul obstetrical: Organele genitale externe dezvoltate corect. Vaginul liber. Colul uterin excentric, format, închis. Capul fetal aplicat la strâmtoarea superioară a bazinului mic. Promontoriul inaccesibil. Excavația sacrală liberă. Eliminări vaginale mucoase. S-a colectat bacteriologia conținutului vaginal.

La R-fie pulmonilor se constată scorul Brixia 7: accentuarea desenului pulmonar pe ariile periferice.

Analizele de laborator la internare în secția de reanimare și terapie intensivă au confirmat infecție viral-bacteriană: leucocitoză cu deviere în stânga, VSH mărit, proteina reactivă mărită.

În analiza probelor biochimia sângelui s-a constatat prezența datelor de disfuncție hepatică și sindrom citolitic: ALT – 140,25 UI/L și AST -125,42 UI/L, hiperbilirubinemie (bilirubina totală 39 mcmmol/l).

Ecografia sarcinii nu a constatat careva modificări patologice în sistemul feto-placentar.

CTG a confirmat o stare normală a fătului.

Analizând rezultatele datelor anamnestice, obiective de laborator s-a stabilit următorul diagnostic clinic:

Sarcina 35 sapt. GII NII. AOC (uter dublu cicatricial). Infecție SARS CoV 2 (test pozitiv) complicată cu Pneumonie bilaterala de etiologie virală - cu evoluție severă. MODS determinat de: IRA gr I. ARDS faza I. Disfuncție hepatică cu sindrom citolitic. Anemie gr I.

S-a inițiat monitorizarea și tratamentul intensiv de detoxicare, de reechilibrare hidrosalină, antibioterapie combinată cu carbapeneme, cefalosporine, glucocorticoterapie, ambroxol 30 mg de 2 ori, acid urodesoxicolic 250 mg la 21.00, oxigenoterapie, inhalatii cu sol NaCl 3% prin nebulizare, 2-3 ori.

Se recomandă: monitorizare, monitorizare hemoleucografică, marșerii inflamației, proteina CR, biochimică, Ro-imagistică pulmonară dinamică, Reevaluare.

La a 3-a zi de la internare în secție de ROG, la 7 zi de la debutul bolii starea gravidei se agravează, necătând la tratamentul complex efectuat, infecția SARS CoV-2 progresează și duce la respirație spontană ineficientă cu dispnee la efort minim cu scaderea saturației cu oxigen până la 88%. Deaceea gravida a fost trecută de la canule nazale la respirație CPAP, după care statutul pulmonar s-a îmbunătățit. La masca CIPAP în regim SIPAP cu FiO₂ 85 %, SpO₂ 95-96%, hemodinamica s-a stabilizat, TA= 115/70mmHg, FCC 102 b/min. Tot odată pe fonul tratamentului efectuat s-a constatat o dinamică negativă și a statutului hidroelectrolitic, și acido-bazic și progresarea insuficienței respiratorii. Deaceea s-a organizat Consiliu medical în componența: consultantul secție RTIF - conf. univ, șeful clinicii – prof. univ, șefa secției RTIF, conf.univ, medici obstetricieni, ginecologi și medici reanimatolog. Consiliul a constatat starea gravă a gravidei: prezența hipoxemie medie (PaO₂ 50-60 mmHg) răspunde numai la oxigenare prin CPAP, tahicardie, tahipnee și hipocapnie asociată cu acidoză metabolică, raportul PaO₂/FIO₂ 120-190 cauzată de progresia infecției virale SARS CoV-2. Datele radiologice confirmă Pneumonie bilaterală, subtotală, etiologie mixtă virus-bacteriană, afectarea bilaterală a pulmonilor - Scor Brixia-7. Iar rezultatele investigațiilor biochimice atestă disfuncție hepatică și electrolitică (tab 1).

Datele CTG – stare suspectă a fătului

Datele USG doppler – Insuficiență circulatorie gr I.

S-a stabilit diagnosticul: Sarcină 35 săpt. (S II, N II, AOC (uter dublu cicatricial)) complicată cu Infecție SARS CoV-2 (test pozitiv de 6 zile). Pneumonie bilaterală de etiologie virus-bacteriană cu evoluție severă. MODS determinat de: Insuficiență respiratorie hipoxică gr II. ARDS faza II. Desfuncție hepatică cu sindrom citolitic. Dereglării hidroelectrolitice partial corijate. Carență imuno-nutritivă. Anemie toxiinfecțioasă gr I.

Decizia consiliului: Având în vedere progresarea insuficienței respiratorii, la gravida cu termen de sarcină 35 sapt. cu infecție SARS CoV-2 cu evoluție gravă și AOC cu uter dublu cicatrizat se decide de a finisa sarcina prin operație cezariană urgentă. Pacienta informată. Acord primit.

Operația cezariană a fost efectuată cu anestezie generală, în segmentul inferior, după metoda clasică, unica particularitate a fost procesul aderențial pronunțat între oment, uter, peritoneu. Lichidul amniotic curat, puțin, fătul extras ușor de cap, gen masculin., m –2410 g. l -50 cm. Scorul Apgar 5x7 puncte. Hemoragia 600 ml. Urina 100 ml, curate.

Perioada de lăuzie.

Lăuza a fost transferată din sala de operație, după operația cezariană urgentă, sub protecția anesteziei TIVA la respirație dirijată mecanică regim de ventilare ACV 420 ml, FR 12, PEEP 8 mm SpO₂ 96 %. Peste 15 min, după îndeplinirea probelor la trezire a pacientei după anestezia generală, a fost îndeplinit sevraj ventilator.

Obiectiv: Pacienta în cunoștința. Tegumentele pale-roze, respirație spontană, în plămâni murmur atenuat bilateral. SpO₂ 96% FiO₂ 60%. Tonurile cardiace ritmice, sonore, tahicardice, FCC=92 b/min. TA126/83 mmHg; Ps 92 b/min. Prima și a doua zi după operația cezariană, starea generală grav stabilă, Respirație spontană asistată cu insuflație de O₂ prin canule nasale; FiO₂-35%, SpO₂ 96-98%, FR-18 r/min. Hemodinamica stabilă TA 113/71 mmHg. FCC 87 b/min. Acuze – slăbiciune generală, dispnee la cel mai mic efort, tuse incoercibile, persistă expectorat – muco-purulent. Cu scop de stopare a tusei și profilaxia pneumotoracelui se indică Sol Morfina 1% - 1,0(unu) i/m.

La a 9-a zi de la debutul bolii de bază (a treia zi după operația cezariană) din cauza dispnee la efort fizic moderat, tusă chinuitoare periodică, cu expectorații mucoase neînsemnate, dureri în regiunea plagii p/o în momentul tusei, starea lăuzei se complică cu pneumothorax, pneumomediastinum și insuficiență respiratorie gr. II. Disfuncția hepatică cu o ușoară ameliorare în faza de restabilire.

Lăuza este schimbată la respirație asistată noninvasiv prin masca CPAP cu FiO₂ -50-55%, SpO₂ 94-97%, FR- 18 r/min, deoarece la mișcare sau schimbarea poziției face desaturări până la SpO₂ 84-86%. Ulterior lăuza este hemodinamic stabilă TA 113/71mm Hg, FCC 87 b/min.

La examenul fizic se constată tegumentele pale-roze, calde, hematoame la locul de puncție, turgorul cutanat elastic. Limba umedă, curată. Abdomenul moale, indolor, sensibil în regiunea plagii postoperatorii, pansamentul curat. Uterul contractat cu 2 cm mai sus de ombilic, din vagin eliminări sangvine moderate. Vizica urinară cateterizată cu cateter Foley-urina transparentă, curată. Se efectuează R-fia (uite tab.) și se consultă cu Șef Clinică Pneumologie (prof.univ) și se confirmă diagnosticul de *Infecție SARS-Cov-2 (confirmată PCR) Pneumonie bilaterală, subtotală, etiologie mixtă virus-bacteriană (streptococică), forma complicată, evoluție severă. Scor Brixia-12 (afectare pulmonară 60%). Pneumomediastinum. Pneumotorax apical pe stânga. Pneumomediastinum minor. Emfizem subcutanat cervical. Reacție pleurală interlobară. MODS: IRA gr I. ARDS faza I. Desfuncție hepatică cu sindrom citolitic. Anemie toxiinfecțioasă gr I.*

Se recomandă: CT pulmonară, Bacteriologia faringe de repetat, Monitorizare hemoleucografică, markerii inflamației, P-CR, biochimică, D-dimeri, procalcitonină. Consultația cardiologului, monitorizare ECG, ECO cord; Antibioterapie combinată cu carbapeneme, vancomicină (leucocitoză, neutrofilie, VSH majorat, P-CR crescută); Glucocorticoterapie cu prednisolone 4-5mg/kg/24 ore în perfuzii (preferabil), în 2 prize sau prednisolone oral 05-06 mg/kg/24 ore în 3 prize pentru controlul inflamației hiperergice; Terapie cu remedii diuretice (edem pulmonar, insuficiență cardiacă); Reevaluare în dinamică. Tot în aceeași zi se consultă cu consultantul obstetrical a secției din motivul că la USG se apreciază cavitatea uterului dilatată cu multiple cheaguri, M-echo- 46 mm,

plaga cu aspect ecografic normal la diagnosticul de sus se adaugă Perioada de lauzie 3-a zi. Stare după operația cezariană. Hematometră. Se administrează tratament combinat medicamentos - aspirat uterin. Perioada de lauzie a 4, 5, 6, 7, 8, 9 zi, după operația cezariană starea lăuzei este grav stabilă cu evoluție slab pozitivă

din cauza dispnee la efort fizic moderat, tusă chinuitoare periodică, cu expectorații mucoase neînsemnate, dureri în regiunea plăgii p/o în momentul tusei. Continuă să se mențină poziție forțată în pat cu decubitus lateral (mai ușor se respiră).

Tabelul 1

Dinamica parametrilor vitali in perioada de lauzie (postcezariană)

| Criteria | COVID-19 | 3 zi | 12 zi | 21 zi |
|---|---|--|--|---|
| Hemoleucograma | Eritrocite 3.7 - 4.7 · 106/uL Hb 120 - 150 · g/l Ht Leucocite (penie) 4.0 - 9.0 · 109/L Limfocite(penie)19-37 % Monocite 3 - 11 · % Neutrofile Trombocitoză | 3.50 ☹ 111.00 ☹ 33.00 ☹ 6,8 10.00 2.00 ☹ 15 250 | 4,5 148 43 12,9 16 5 77 564 | 4,1 140 40 8.5 14 14 76 243 |
| Urograma | Leucociturie bacteriurie Albuminuria Microhematurie | 40-50. gramezi ++ Trase | 2-4 Aps Aps aps | 2-3 Aps Aps aps |
| Analiza biochimică a sângelui | ALT<40 · U/L AST,<38 · U/L Ureea 2.5 – 7.5 · mmol/l Creatinina 53-115-μmol/l (Se) Lactatul <1.8 · mmol/l Glucoza 3.9 – 5.5 · mmol/l Proteina C reactivă pana la 10 μg/ml Procalcitonina 0-0,5 LDG 230 – 460 · U/L (Ser) Proteina totală Fosfotaza alcalină 100 – 240 U/L | 70.12 ☹ 82,44 ☹ 2,20 ☹ 58.63 1.95 6.30 ☹ =48 0,3 488.68 ☹ 70 84.10 ☹ | 49,6 ☹ 48 ☹ 13,3 ☹ 97 2,97 5,5 12 0,3 650,5 - 83,4 | 28 18 7,5 81 1,7 5,2 9 0,5 401 80 200 |
| Coagulograma | Fibrinogen 2.0 - 4.0 · g/l INR 0.85 - 1.15 Protrombina după Quick 70 -130% D-Dimerii 0,38 (0-1,35) | 4.88 ☹ 0.96 106.00 0,4 | 4,0 1,05 94 0,38 | 2,2 1,1 88 0,5 |
| Echilibru acido-bazic | pCO2 35-46 mmHg P O2 HCO3 21-28 mmol/l BE (vt), +/-2 BE(ecf) +/-2 SaO2 95-100% SvO2 pana la 82% ctO2a ctO2v | 26,2 66,1 18,5 -2,9 -3,8 91 88 17,1 4,4 | 27,9 67,4 19,4 -3,1 -4,4 94,3 23,3 16,8 4,2 | 40 99 22 -1,2 +1,2 97 80 - - |
| PCR | Determinarea ARN SARS CoV-2 | 1.09.21 pozitiv | 27.09.2021 negativ | |
| R-fia cutiei toracice 3 zi | Pneumonie polisegmentara bilaterala. Pneumomediastin.Pneumotorax apical minor pe stanga. Emfizem subcutanat cervical. Pneumopericard minor?Scor Brixia=11 (afectare pulmonara 55-60%). | | | |
| R-fia cutiei toracice 10 zi in 2 proiectii Scor Brixia | Transparența pulmonară în descreștere câmp mediu și inferior bilateral, condensare pulmonară. Emfizem subcutanat cervical bilateral în descreștere. Pneumomediastinul minor se menține,nu progresaază. Hilii devin mai omogenizați. Diafragm incert pe dreapta(din conyul dinamicii radiologice?). Sinusurile pleurale libere. Cord ICT=0.56. Concluzie: Rgr dinamica slab negativă din 09.09.21. Scor Brixia=12(afectare pulmonară 60-65%). SDR tip matur în creștere. | | | |
| R-fia cutiei toracice 14 zi in 2 proiectii Scor Brixia | În dinamică se menține transparența pulmonară scăzută evident câmp mediu și inferior, cu condensare pulmonară, apical în "sticla mată" bilateral. Pneumomediastin minor pe stângă (fișe de aer de 1mm). Conturul diafragmal pe dreaptă sters. Sinusul pleural drept opacifiat. Hilii sunt omogenizati. Cord ICT=0.56 Scor Brixia=14 (afectare pulmonară 70-75%). Concluzie: Rgr dinamică stabilă. Pneumonie subtotală bilaterală (Covid-19). Edem pulmonar. SDR tip matur. | | | |
| R-fia cutiei toracice 21 zi in 2 proiectii Scor Brixia | În dinamică din 14 zi de lauzie transparența pulmonară în creștere apical bilateral cu desen structurat aici. La nivelul câmpurilor medii și inferioare se menține transparența pulmonară scăzută cu deformarea desenului și prezența a elementelor fibro-atelectatice. Infiltrația pneumonică aici s-a resorbit parțial. Pneumomediastinul s-a resorbit. Hilii sunt omogenizati. Contur diafragmal clar. Sinusurile pleurale libere. Cord ICT=0.58. Concluzie: Rgr dinamica slab pozitivă. Pneumonie polisegmentara bilaterala viral-bacteriologica în stadiul de resorbție incompletă. | | | |

S-a stabilit diagnosticul: *Perioada de lăuzie (operația cezariană) a 9 zi. Infecție SARS CoV-2 (test pozitiv de 12 zile) complicată cu Pneumonie bilaterală de etiologie virală - cu evoluție severă. Pneumomediastin în remisie. Pneumotorax apical minor pe stânga în remisie. Emfizem subcutanat cervical remisie. Pneumopericard minor în remisie. MODS determinat de: Insuficiență respiratorie hipoxică gr II. ARDS faza II. Disfuncție hepatică cu sdr. citolitic în remisie. Dereglării hidroelectrolitice (hipokalemie, hipocalcemie) corijate. Carență imunonutritivă. Sdr. hipercatabolic. Trombocitoză secundară. GII NII. AOC (uter cicatricial după o/ cezariană 2019, miomectomie 2018). Hematometră rezolvată. Serom al plăgii postoperatorii rezolvat.*

Se recomandă de prelungit tratamentul complex și reevaluare.

Perioada de lăuzie a 12, 13, 14-23 zi, după operația cezariană de urgență stare grav stabilă cu evoluție slab pozitivă (tab.1). Infecția SARS Cov-2 complicată cu Pneumonie bilaterală de etiologie virus-bacteriană severă cu evoluție pozitivă. Pneumomediastin rezolvat. Pneumotorax apical minor pe stânga rezolvat. Emfizem subcutanat cervical rezolvat. Pneumopericard minor rezolvat. MODS determinat de: Insuficiență respiratorie hipoxică gr II. ARDS faza II. Disfuncție hepatică cu sdr. citolitic în remisie; cardiace - CP dismetabólica evoluție pozitivă; cerebrale - encefalopatie posthipoxica+toxico-dismetabólica evoluție pozitivă. Dereglării hidroelectrolitice corijate. Carență imunonutritivă. Sdr. hipercatabolic. Trombocitoză secundară în remisie. Hematometră rezolvată. Serom a plăgii postoperatorii rezolvat.

Lăuza s-a aflat în secția RTI OG timp de 26 zile de la debutul bolii testul PCR SARS CoV-2 negativ, pacienta este oxigen independent de 4 zile.

Se transferă la IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, transfer concordat pentru reabilitare în testul PCR SARS CoV-2 negativ

Discuții.

Rezultatul analizei cazului clinic prezentat cât și datele literaturii de specialitate, apreciază rata înaltă de probabilitate a decesului matern și perinatal la pacientele cu infecție SARS CoV-2 forma medie și severă.

Sara Cruz Melguizo, Maria Luisa de la Cruz Conty, au constatat că Riscul mortalității materne la gravidele spaniole cu forme medii și severe a infecției SARS CoV-2 este mai mare decât la gravidele fără infecție. Tot acești autori au observat rate mai mari de naștere care sau finisat cu mortalitate perinatală decât în grupul neinfecat. De asemenea au constatat o greutate mai mică la naștere a nou născuților de la mamele infectate.

Conform datelor prezentate de Leila Karimi, Somayeh Makvandi, AmirVahedian-Azimi Thozbukat Sathyapalan reviu asistemic și meta-analiza a 117 studii cu un total de 11758 de femei însărcinate, majoritatea infectați în trimestru trei de sarcină au constatat că mortalitatea

maternă este de 1,39%. Rata comorbidităților a fost de 20%. Modul de finisare a sarcinii a fost în 58,3% cazuri prin operația cezariană, din ele 25% au avut nașteri vaginale în antecedente, restul 41,7% paciente au născut vaginal. Deaceia autorii concluzionează că momentul și modul de declanșare ar trebui să fie individualizat în baza indicațiilor obstetricale și a stării materne.

Un alt studiu meta-analitic a gravidelor infectate cu infecție SARS CoV-2, unde au fost incluse 31016 gravide din 62 studii evidențiază ca 77,7 % sau infectat în al treilea trimestru de sarcină. Forma severă a infecției SARS CoV-2 au dezvoltat 16,4 %. Din totalul gravidelor la 80% s-a finalizat sarcina: prin cezariană 48,4% și per vias naturalis 51,6%. Mortinatalitate a fost înregistrată în 1,6% cazuri și decese neonatale 1,6%, și 50 nou-născuți au fost COVID pozitivi.

Concluzii:

1. Infecția SARS CoV-2 la gravida prezentată a avut următoarea evoluție: de la apariția semnelor clinice până la test pozitiv – 2 zile, de la forma ușoară până la forma medie 5 zile, ulterior 22 zile boala de bază (PCR la SARS-CoV-2 pozitiv) și multiple complicații, urmărită de 3 săptămâni de reabilitare postcovid la IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”.
2. Finalizarea sarcinii permite micșorarea acțiunii uterului mărit asupra diafragmei și pulmonilor cât și necesarul administrării medicației contraindicate în sarcină.
3. Infecție SARS CoV-2 a complicat perioada de lăuzie a 3-a zi cu hematometră și a 7 zi cu serom a plăgii postoperatorii.
4. Complicațiile extragenitale la lăuza cu infecția SARS CoV-2 sunt: la a 3 zi - pneumothorax, pneumomediastinum, emfizem subcutanat cervical, pleurezie, IRA, ARDS; la a 9 zi -cadiopatie toxiinfecțioasă și dismetabolică cu insuficiență cardiac, encefalopatie posthipoxică, toxico-dismetabolică, trombocitoza secundară; de la debutul Infecției SARS-CoV-2 până la externare - disfuncție hepatică cu sindrom citolitic, dereglării hidroelectrolitice, anemie toxiinfecțioasă gr I de la debutul bolii.

BIBLIOGRAFIE

1. Protocolului clinic național: Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19). Aprobata prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.268 din 31.03.2021.
2. Sara Cruz Melguizo, Maria Luisa de la Cruz Conty, et al. Pregnancy Outcomes and SARS – CoV-2 Infection: The Spanish Obstetric Emergency Group Study. Published online 2021 May, 7 doi:10.3390/v13050853. 13(5):853.
3. Leila Karimi, Somayeh Makvandi, AmirVahedian-Azimi Thozbukat Sathyapalan. Effect of

- COVID-19 on Mortality of Pregnant and Postpartum Women: A Systemic Review and Meta-Analysis. *J. Pregnancy*. 2021; 2021:8870129, online published 2021 Mar 5. doi:10.1155/2021/8870129.
4. Zohra S Lassi, Anna Ali, Jai K Das et al. A systemic review and meta-analysis of data on pregnancy women with confirmed COVID-19: Clinical presentation, and pregnancy and perinatal outcome based on COVID-19 severity. *J Glob Health*, 2021; 11:05018. Published online 2021 Jun, 30 doi:10.7189/jogh.11.05018.
 5. Wei M, Yuan J, Liu Y, Fu T, Yu X, Zhang ZJ. Novel coronavirus infection in hospitalized infant-sunder 1 year of age in China. *JAMA*. 2020. doi: 10.1001/jama.2020.2131. [PubMed: 32058570]. [PubMed Central: PMC7042807].
 6. Weiss SL, Peters MJ, Alhazzani W, Agus MSD, Flori HR, Inwald DP, et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children. *Crit Care Med*. 2020 Feb;21(2): e52-e106.
 7. Wilder-Smith A, Low JG. Risk of respiratory infections in health care workers: lessons on infection control emerge from the SARS outbreak. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2005;36(2):481–8. [PubMed: 15916060].
 8. Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk factor associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020 Mar 13.