

3. Exacoustos G; Rosati P. Materno-fetal complications in pregnancies with multiple myomas. Jurnal of Ultrasound in Medicine, Vol 11, Issue 10511-515, Copyright 1992 by American Institute of Ultrasound in Medicine.
4. Hammoud AO, Asaad R, Berman J, Treadwell MC, Blackwell S, Diamond MP. Volume change of uterine myomas during pregnancy: do myomas really grow? J Minim Invasive Gynecol. 2006 Sep-Oct;13(5):386-90.
5. Jabiry-Zieniewicz; Gajewska M. The pregnancy and delivery course with pregnant women with uterine myomas. Ginecol Pol. 2002 Apr; 73(4): 271- 5.
6. Mampasy S. Naudts P. Uterinaleiomyoma during pregnancy.// J. Belge. Radial.1996. V.79.- №6 P.275.
7. Neiger R, Sonek JD, Croom CS, Ventolini G. Pregnancy-related changes in the size of uterine leiomyomas. J Reprod Med. 2006 Sep;51(9):671-4.
8. Rasmussen K L, Knudsen H J. Effect of uterine fibromas and pregnancy. 1994, Dec. 19-156(51); 7668-70.
9. Rosati P., Exacoustos C., Mancuso S. Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study. J Ultrasound Med. 1992 Oct; 11(10); 511-5.
10. Strobelt N., Ghidini A., Cavallone M. et al., Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. J. Ultrasound Med. 1994 May; 13(5); 399-401.
11. Аксенова Т. А. Особенности течения беременности , родов и послеродового периода при фибромиоме матки. - В кн.: Актуальные вопросы патологии и беременности. М.-1978-С.96-104.
12. Вихляева Е.М., Палади Г.А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. Кишинев. Штиинца, 1982, 300с.
13. Курцер М.А., Лукашина М. В., Тищенко Е.П. Консервативная миомектомия во время кесарева сечения. Москва. Медицина. 2007, 12с.
14. Савицкий Г.А. Миома матки. Патогенетические и терапевтические аспекты. Санкт-Петербург,1994, С24-26.
15. Савицкий Г.А., Абрамченко В.В. Изменение морфофункциональных структур миоматозных узлов в динамике беременности. //Патология беременности и родов: Тез. докл .,1997-С89-98.
16. Струков В.А. Роды при миоме матки. Акуш. и гинек., 1995, №2, С.62-64.

UNELE ASPECTE ALE MORTALITĂȚII ANTENATALE
Victoria Grejdean-Voloceai, Natalia Corolcova, Larisa Catrinici
 Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Some aspects of the antenatal death of the fetus

In this article are shown the results of a review of 65 medical records of pregnancies which evolution has finished with antenatal death of the fetus. For this kind of patients is typical the pregnancy induced hypertension, infections, fetoplacental insufficiency, restriction of intrauterine development of the fetus. The indicated particularities suggests us the necessity of a strict care under the pregnant women with antenatal death of the fetus.

Rezumat

Articolul prezintă datele analizei fișelor medicale a 65 de gravide a căror sarcină s-a finisat cu mortalitate antenatală. Acestui contingent de femei le sunt caracteristice stările hipertensive (hipertensiunea indusă de sarcină, preeclampsia, eclampsia), infecțiile, retardul de dezvoltare intrauterină a fătului. Particularitățile respective ne sugerează necesitatea unei evaluări

și conduite stricte a gravidelor cu mortalitate antenatală, în eventualitatea survenirii unei noi sarcini.

Actualitatea problemei

Una dintre problemele cele mai dificile care stă în fața neonatologilor și a obstetricienilor pe parcursul ultimilor decenii a secolului trecut, dar și a secolului în care deja am pășit este scăderea mortalității antenatale a fătului. Din start, este dificilă, fiind determinată de complexitatea cauzelor care condiționează un sfârșit letal încă pînă la debutul travaliului, dar și a dificultății măsurilor care trebuie luate. Dacă indicii mortalității neonatale precoce și a mortalității intranate sunt în descreștere, determinată în cea mai mare parte de noile tehnologii, creșterea mortalității antenatale rămîne o problemă actuală. Pierderile antenatale și intranate influențează societatea atît din punct de vedere social (micșorînd cu 1-2 ani vîrsta medie a vieții) și economic (micșorînd cu 2-3% participarea fiecărei generații în procesul de producere a societății) în legătură cu ce problema pierderilor feților viabili se prezintă nu doar ca noțiune medicală, dar și socială, care obligă luarea anumitor hotărîri de profilaxie a mortalității. (2)

Scopul studiului nostru a fost stabilirea interdependenței și interconexiunii dintre factorii predispozanți și cauzele instalării mortalității antenatale.

Materiale și metode

În cadrul studiului au fost evaluate 65 fișe medicale ale gravidelor prin metoda retrospectivă, la care sarcina prezentă s-a complicat prin moarte antenatală a fătului din cadrul SCM Nr1. A fost elaborat un "Chestionar complex de studiere a factorilor de risc a mortalității antenatale" care a inclus peste 50 de întrebări pentru colectarea datelor complete, constînd din: partea datelor de pașaport, date despre starea ginecologică și starea somatică a femeii, date despre evoluția sarcinii care s-a finisat cu mortalitate antenatală, noxele profesionale, a investigațiilor clinice și paraclinice: ultrasonografia, cardiomonitorul. Datele care au fost colectate din fișa medicală a nou-născutului au fost: antropometrice, sexul, dezvoltarea sexuală, anomalii congenitale, traumatism obstetrical.

Prelucrarea statistică a fost efectuată cu folosirea programelor SPSS 13 și Microsoft Excel 2000. Complexitatea obiectivelor propuse a necesitat o abordare complexă a metodei folosită în studiu: la realizare au luat parte cca 100 de particularități, și prelucrați mai mult de 150 de parametri.

Rezultatele proprii și discuții

Datele obținute au arătat că majoritatea femeilor care au avut mortalitate antenatală au fost în vîrstă de la 18-25 ani (33,85%), de la 26-29 ani – 24,62%, de la 30-35 ani- (30,77%), mai mult de 36 ani-(10,77%). Vîrsta medie a mamei este de 25 ani. Vîrsta minimă este de 18 ani (1,5%), maximă de 38 ani (2,8%). Analiza vîrstei paterne a arătat că 43,3% dintre ei sunt de vîrstă pînă la 25 ani, de la 26-35 ani- 34,2% și doar 13,4% au fost mai maturi de 36 ani, în 9,1% cazuri datele lipsesc. Vîrsta medie a taților este de 26 ani. În așa modalitate, datele prezentate ne arată că, toți părinții copiilor cercetați au fost în perioada de vîrstă fertilă, fapt care ne permite să presupunem că în apariția mortalității antenatale criteriul de vîrstă are o importanță.

Analiza patologiilor extragenitale a stabilit un loc prioritar patologiilor cronice extragenitale. În structura patologiilor extragenitale primul loc îl ocupă anemiile care s-au determinat la aproximativ 48,9%, urmate de patologii urinară și gestoze 40,5%, patologii endocrine (afecțiuni ale glandei tiroide și diabet zaharat) în 10,6% cazuri. Din patologiile ginecologice s-a determinat în 30 cazuri (46,15%) procese inflamatorii organelor bazinului mic, patologie a uterului – 3 cazuri (4,61%), în 32 (49,23%) cazuri nu au avut nici-o patologie ginecologică.

Analiza datelor obstetricale ne confirmă prezența mortalității antenatale la prima sarcină – 31 cazuri (47,69%), la a doua sarcină – 20 cazuri (30,76%), la a treia sarcină- 3 cazuri (4,61%), la a patra sarcină – 11(16,92%). Evoluția sarcinii care s-a complicat cu mortalitate antenatală

s-a manifestat prin iminență de avort spontan –(40%) 26 cazuri, iminență de naștere prematură – 22 cazuri(34%) cazuri,17 cazuri (25,58%) fără particularități. Numărul sarcinilor care s-au complicat cu mortalitate antenatală și care s-au finisat prematur au fost: pînă la 25 de săptămîni- 13 cazuri (20%), 26-29 săptămîni – 10 cazuri(15,38%), 30-34 săptămîni – 18 cazuri (27,69%), 35-37 săptămîni – 9 cazuri (13,84%), iar la termen 38-40 săptămîni – 15 cazuri (23,07%).

În studiul nostru (fig. 1) stările hipertensive (hipertensiunea arteriala indusă de sarcină,preeclampsia, eclampsia) a fost determinată la 41 (62,5%) cazuri, insuficiența

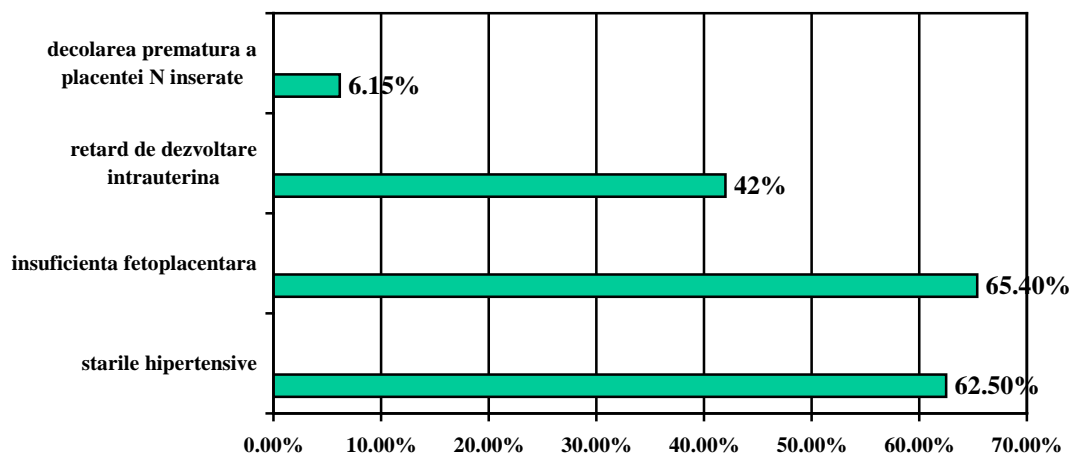


Figura 1. Factorii predispozanți apariției mortalității antenatale

feto-placentară la 43(65,4%), retardul de dezvoltare intrauterină a fătului după datele USG în 42 (64,2%) cazuri,decolarea prematură a placentei normal inserate – 4 (6,15%) cazuri.(Fig.1).La studierea cazurilor de existență a circularei de cordon ombilical în cazul sarcinilor finisate cu mortalitate antenatală s-a constatat că în 31 cazuri (46,51%) s-a determinat circulară de cordon I dată strîns în jurul gîtului, în 21 cazuri (32,55%) s- a determinat circulară de cordon dublă în jurul gîtului, iar în restul cazurilor aceasta a lipsit.Este de menționat că 1 caz s-a determinat patologie a cordonului ombilical manifestată prin nod veridic de cordon ombilical.

În ceea ce privește conduita preconcepțională la infecțiile TORCH au fost investigate cca 54(83,72%) dintre gravide, dintre care la 31(57,4%) toate infecțiile au fost negative,la 16 (29,62%) au fost pozitive la cel puțin una dintre infecțiile cu CMV, Chlamidii, Toxoplasmoză, Herpes virus, Ureaplasma, Mycoplasma, etc, iar restul 12,96% nu s-au investigat .A fost determinat și 1 caz de HIV infecție la o gravidă cu moarte antenatală a fătului ceea ce reprezintă 2,32% din numărul total de cazuri studiate.

Conform datelor de care noi dispunem, instalarea mortalității antenatale a fătului a fost constatată mai mult la gravidele care nu au avut dorință de a avea sarcina respectivă – 23,4% cazuri,iar dezinteresul gravidei față de evoluția sarcinii respective a fost manifestat în special prin consumul de alcool, tutun în timpul sarcinii care și sunt unii dintre factorii de risc care condiționează stabilirea mortalității antenatale a fătului.Este de menționat că pe parcursul studiului au fost 2 cazuri (4,65%) care făceau parte din familii socialmente-vulnerabile care nu au fost puse la evidență,nu au fost examinate nici măcar I dată în timpul sarcinii.

La studierea datelor copiilor născuți morți antenatal s-a determinat născuți prematur - pînă la 25 de săptămîni- 13 cazuri (20%), 26-29 săptămîni – 10 cazuri(15,38%), 30-34 săptămîni – 18 cazuri (27,69%), 35-37 săptămîni – 9 cazuri (13,84%), iar la termen 38-40 săptămîni – 15 cazuri (23,07%). (Fig.2)

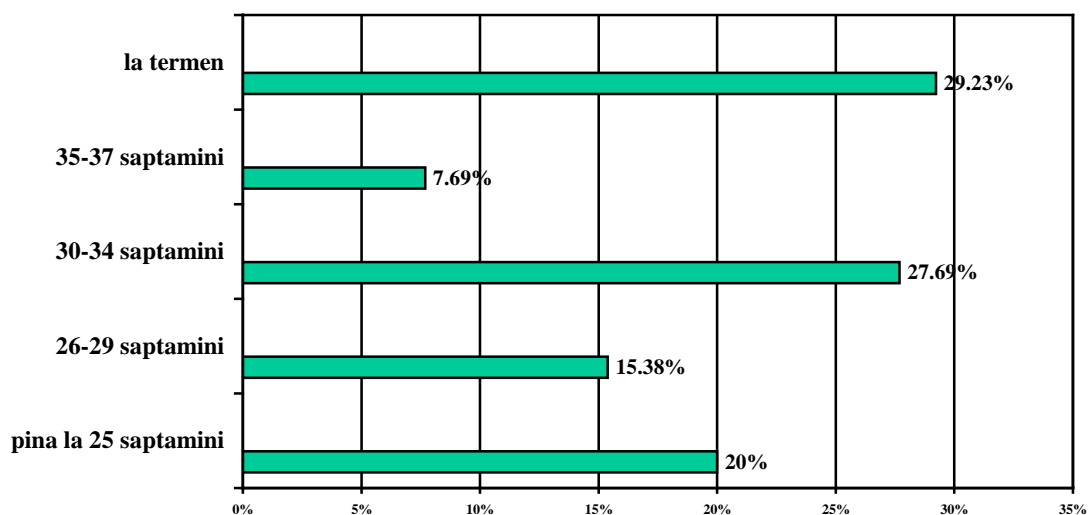


Figura 2. Termenul sarcinii la care a survenit decesul antenatal

În 3 cazuri (4,61%) s-a determinat mortalitate antenatală din sarcină bifetală, în restul 62 (95,33%) cazuri s-a determinat sarcină monofetală. De menționat că în 33 cazuri (51,1%) au fost născuți feți de sex masculin, în restul cazurilor de sex feminin. La examinarea apelor amniotice cafenii în 21 cazuri (32%), verzi -27 cazuri (41,86%), meconiale -10 cazuri (16,2%), iar cu caracter sangvinolent în 4 cazuri (9,30%). În 27 de cazuri s-a determinat restricție de dezvoltare intrauterină a fătului.

Concluzii

1. Este stabilit că, factorii de risc prioritari în apariția mortalității antenatale sunt: stările hipertensive (hipertensiunea indusă de sarcină, preeclampsie, eclampsie), a infecțiilor, retardului de dezvoltare intrauterină a fătului, a decolării premature a placentei și inserate.

2. Mortalitatea antenatală se atestă cu precădere în cazul primei sarcini și a primei nașteri la limita vârstei între 18-25 ani.

3. Este demonstrat că femeile care au avut mortalitate antenatală în anamneză au fumat și au folosit alcool în timpul sarcinii respective și au lucrat în condiții de noxe profesionale, au avut anamneză ginecologică complicată, anamneză infecțioasă complicată, mortalitatea antenatală a survenit prematur la termen de 22-37 săptămâni de sarcină care a și fost declanșată.

4. Particularitățile date trebuie luate în considerație la supravegherea gravidelor cu moarte antenatală în anamneză și a conduitei nașterilor la contingentul dat.

5. Datele obținute ne dictează necesitatea continuării studiului în domeniu, adăugând datele morfopatologice pentru a ridica întrebarea nașterii unor feți vii la o femeie care în anamneză a avut mortalitate antenatală.

Bibliografie

1. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. Fourth and Fifth Annual Reports. London, UK: Maternal and Child Health Research Consortium; Stationery Office, 1996 and 1998.

2. Frøen JF, Arnestad M, Frey K, et al. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:694-702.

3. National Center for Health Statistics. Health, United States, 1999 With Health and Aging Chartbook. Hyattsville, Md: 1999.

4. Moyo S. Intrauterine death and infections during pregnancy, 1995.

5. Громова З.З. Перинатальные исходы очень ранних родов 2006, выпуск 6.

6. В.И.Грищенко. Антенатальная смерть плода, 1978.
7. Lyon Deborah. Use of the vital statistics in Obstetrics, 2003
8. Jelka Zulpan. Perinatal Mortality in Developing Countries, 2004
9. Jayawardana J. - Perinatal Mortality in Theory, 2003

EFICACITATEA FERTILIZĂRII IN VITRO ÎN DEPENDENȚĂ DE CAUZA INFERTILITĂȚII ȘI METODA DE STIMULARE HORMONALĂ (STUDIUL RETROSPECTIV PE 14 ANI)

Veaceslav Moșin, Nadejda Codreanu, Marina Corotnean
Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Efficiency of in-vitro fertilization depending on cause of infertility and methods of hormonal stimulation (retrospective study for 14 years 1995 - 2009)

There was carried out a retrospective study of In – Vitro Fertilization in the Republic of Moldova for 14 years (1995 - 2009) which comprised 2100 infertile women. The obtained data allowed to elaborate certain effective schemes of treatment depending on patient's age, disease which has caused sterility, with application of various schemes of ovarian stimulation.

Rezumat

A fost efectuat un studiu retrospectiv a Fertilității in Vitro în Republica Moldova pe 14 ani (1995 - 2009) care a inclus 2100 femei infertile. Datele obținute au permis elaborarea unor scheme efective de tratament în dependență de vârsta pacientei, maladia care a cauzat sterilitatea, cu aplicarea diferitor scheme de stimulare ovariană.

Actualitatea temei

Infertilitatea în casătorie devine o problemă medico – socială tot mai actuală pentru Republica Moldova. Studiile recente au arătat o creștere considerabilă a ratei infertilității în ultimii ani. Se consideră că actualmente aproximativ 15- 25% din cupluri suferă de infertilitate. Pricipalii factori ce condiționează această creștere a infertilității sunt: creștere infertilității bolilor cu transmitere sexuală, avortul efectuat în condiții nesigure, planificarea tardivă a sarcinii (după 30 ani), fumatul, consumul abuziv de alcool și înrăutățirea situației ecologice. Implimentarea metodei FIV în Republica Moldova au început în anul 1995 în secția de reproducere umană și genetică medicală a ICȘOSMC. La început prelevarea oocitelor se efectua prin laparoscopie fapt ce împedica folosirea mai largă a metodei. Prima sarcină obținută prin metoda FIV a fost la finele anului 1995 și s-a soldat cu o sarcină ectopică. Folosirea mai largă a metodei FIV s – a început în anul 1997 odată cu implementarea ultrasonografiei transvaginale în monitorizarea ciclurilor de stimulare și prelevarea ecografică a oocitelor. Ulterior s- a constatat nu numai o creștere a adresabilității, dar și ratei de succes a procedurii FIV în rîndurile pacientelor cu infertilitate.

Pe parcursul a 14 ani de activitate s- au acumulat anumite experiențe care permit să se facă unele totaluri pentru a evidenția progresele obținute, lacunele și lecțiile însușite.

Scopul lucrării

A fost aprecierea eficacității metodei FIV în dependență de cauzele de bază a infertilității, metodele de stimulare hormonală, evidențierea factorilor ce afectează succesul procedurii și determinarea posibilităților de îmbunătățire a rezultatelor FIV.

Materiale și metode