

Concluzii

1. Rezultatele studiului clinic demonstrează ca hiperbarooxygenoterapia este o metodă efectivă nemedicamentoasă și non –invazivă în tratamentul gestozelor precoce .

2. La paciențele cu gestoza precoce procedura hiperbarooxygenoterapia în combinație cu tratamentul medicamentos încetează în 2,0 ori vomele, în 2,5ori scade numărul producerii avortului spontan .

3. Rezultatele studiului au demonstrat eficacitatea procedurii în preîntâmpinarea dezvoltării insuficienței circulatorie în 3,1cazuri. Astfel, tratamentul în combinație cu hiperbarooxygenoterapie a redus cu 1,6 dezvoltarea gestozelor tardive în lotul experimental comparativ cu lotul de control.

4. Rezultatele obținute pot recomanda aplicarea acestei metode .Termenul optimal cu eficacitatea sporită a arătat 7-8 saptamini de gestație.

Bibliografie

1. Baekelandt D. Et al. (2002) Conditioning of intensive care patients for hyperbaric oxygen therapy. Journal of Underwater and Hyperbaric Medicine
2. Gabb G., Robin E.D. (2004) Hyperbaric oxygen. A therapy in search of diseases. Chest, 92: 1074-1082.
3. Ефуни, С.Н. Руководство по гипербарической оксигенации Текст. / С.Н. Ефуни. М.: Медицина, 1986.300 - 416с.
4. Workman W.T., editor (1999) Hyperbaric facility safety: practical guide Best Pub Med 700 p.

ROLUL HIPERBAROOXIGENOTERAPIEI LA GRAVIDE CU INSUFICIENȚA CIRCULATORIE

Alla Chichicea, Eugenia Cebotari, Natalia Corolcova, Constantin Burnus
Catedra Obstetrică si Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The role of hyperbaric oxygen therapy in circulatory failure in the pregnant

This article presents the results of the dynamics of pregnancy and childbirth as well as assessing children at birth and their health during the first year of life in 145 women with diagnosis of circulatory failure.

The cases were analyzed in two cohorts I-experimental group included 90 pregnant women who attended HBO besides the usual treatment , and the II group of 55 pregnant women who received usual treatment without HBO- control group that followed drug therapy.

The study showed that the application of the procedure normalized doppler index and CTG after 5 procedures, births were solved on time in most cases, the health of children from birth until the first year of life was satisfactory in the most cases of experimental group compared with the control group.

Rezumat

În articol sunt prezentate rezultatele decurgerii sarcinii și nașterii precum și evaluarea copiilor la naștere și pe parcursul primului an de viață la 145 de gravide cu diagnosticul de insuficiența circulatorie. Cazurile au fost analizate în două cohorte: I lot experimental –a inclus 90 de gravide, care pe lângă tratamentul obișnuit au urmat și hiperbarooxygenoterapia(HBO), și al II lot 55 de gravide care au beneficiat de tratamente uzuale dar fără HBO–lotul de control care au urmat tratamentul medicamentos. Studiul a demonstrat că în urma aplicării procedurii hiperbarooxygenoterapiei s-au normalizat indicele dopplerometrici si CTG după 5 proceduri, nașteri s-au rezolvat la termen în majoritatea cazurilor, starea copiilor la naștere și pînă în primul an de viață a fost satisfăcătoare în majoritatea cazurilor lotului experimental, comparativ cu lotul de control.

Întroducere

Insuficiența circulatorie -constituie o problemă medico-socială în cadrul disciplinelor de obstetrică și perinatologie contemporană, determinată de locul pe care îl ocupă în structura cauzelor morbidității și mortalității perinatale, cu influență asupra dezvoltării ulterioare a copilului născut hipotrofic[5]. Este cunoscut faptul că majoritatea complicațiilor în sarcină și naștere, apar pe fondalul scăderii concentrației oxigenului în sânge și apariției acidozei.

La momentul actual principalele metode de tratament al hipoxiei fătului rămân programe care sunt bazate pe administrarea tratamentului medicamentos, mecanismul de acțiune cărora constă în îmbunătățirea tonusului vascular al uterului și circulației uteroplacentare, respirației tisulare, reacțiilor de adaptare ale gravidei și fătului, consolidarea protecției antioxidante, optimizarea proceselor metabolice [1].Cu toate, acestea tehnici de tratament, necesită administrarea unui număr mare de droguri, multe dintre care au efecte secundare și adesea cauzează din partea mamei o reacție psiho-emotională negativă.[4,6] Avînd în vedere că un rol important în menținerea indicilor mortalității infantile îl joacă mortalitatea fetală în timpul sarcinii și nașterii, astăzi se încearcă a găsi metode cît mai utile pentru diminuarea acestei incidențe[4]. O metodă din ce mai acceptată în mai multe țări ale lumii, s-a dovedit: hiperbarooxygenoterapia (HBO). Dezvoltarea rapidă al HBO este cauza a importanței deosebite acestei abordări terapeutice. O gamă largă de utilizare clinică al OHB se extinde. [3,6,2]

Scopul

Ca scop al studiului a servit studierea rolului metodei de hiperbarooxygenoterapie la gravide cu insuficiența circulatorie.

Obiective

- 1.Stabilirea efectului HBO în tratamentul insuficienței circulatorie în conformitate cu starea i/u a fătului.
- 2.HBO –influența ei asupra fătului și alegerea metodei de rezolvare a nașterii
- 3.Analiza comparativă a stării noi-născuților imediat după naștere.
4. Evaluarea dezvoltării copiilor pe parcursul primului an de viață

Materiale și metode

Studiul actual a fost efectuat în baza Clinicii de Obstetrică și Ginecologie USMF "Nicolae Testemițanu" în cadrul secțiilor de patologie a sarcinii: secțiile de patologie a nou-născutului: secțiile de reanimare și terapie intensivă a nou-născutului,a I.M.S.P.S.C.M.N.1 din mun. Chișinău și ICȘDOSMșiC. Cercetarea a fost efectuată prin studierea documentației medicale (fișa de observație, fișa examinare obstetricală, fișa nou-născutului), examenele clinico-paraclinice, precum și evaluarea ulterioară a copiilor, în perioada anilor 2009-2010.

Studiul a inclus 145 de gravide și copiii acestora care au fost studiați pe parcursul primului an de viață (62 de copii din lotul experimental, și 29 copii din lotul de control).

În cadrul studiului prezent au fost utilizate mai multe metode de investigare: **metoda de anchetă**, care a inclus 200 întrebări referitoare la vârsta mamei, patologiile suportate, evoluția sarcinii, examenarile clinice și paraclinice, complicațiile în timpul sarcinii, evoluția nașterii, complicațiile în timpul nașterii. **Metoda interviului** a fost utilizată pentru introducerea unor date suplimentare, referitoare la dezvoltarea fizică și psihică a copiilor, alimentație, patologiile apărute pe parcursul primului an de viață. Rezultatele au fost prelucrate statistic pe baza programei SPSS 16.

Rezultate și discuții

La finalul studiului efectuat s-a stabilit că majoritatea gravidelor au fost cu vârsta cuprinsă între 20-30 de ani. În lotul experimental 70%±2,1, și 52,8%±1,14 din lotul de control. Majoritatea femeilor locuiesc în mediu urban 82%±2,2 și doar 18%±0,9 în mediu rural din lotul experimental, în lotul de control erau 63.6%±1,8 –urban, rural 36,3%±1,17. Observăm că în

lotul de control erau mai multe persoane din mediu rural, cu statut social scazut. Prezența unui număr considerabil de primipare 53,3%±2,2 printre gestantele din loturi de studiu, 24,9%±1,7 paciente erau la a doua sarcina, și un număr mai mic, aflați la a treia sarcina 21,8%±1,2 de cazuri. Avorturi medicale la cerere au fost întâlnite cu o frecvență mai mare în ambele loturi 49,1%±2,6, iar avorturi spontane în antecedente au fost observate în marea majoritate la paciente din lotul I 28,8%±1.8. Ponderea nașterilor premature a fost prezentă în ambele loturi cu o diferență nesemnificativă, și anume în 4,4%±0,3cazuri, și 5,4%±0,4 respectiv (p>0,05). Anamneza obstetricală și ginecologică agravată a fost depistată cu o frecvență destul de mare în loturi studiate și este prezentată în marea majoritatea cazurilor prin afecțiuni renale. Analiza datelor anamnezei extragenitale a stabilit că prezența focarelor de infecție cronică în organismul matern și a dereglărilor endocrine și autoimune reprezintă factori favorizanți pentru dezvoltarea IFP în ambele loturi de studiu. În ambii loturi de studiu a fost determinat un grad înalt de dezvoltare a anemiei ferodificitare (47,2% și 45,3% respectiv), care denotă rolul ei în dezvoltarea stării hipoxice și agravarea dereglărilor în sistemul fetoplacentar. Înainte de tratament în majoritatea cazurilor, diagnosticul și gradul IFP a fost stabilit și confirmat în baza dopplerometriei (creșterea indicelui de rezistență și a coeficientului sistolă/diastolă, scăderea indicelui pulsatil, flux diastolic nul sau inversat). Rezultatele obținute în urma analizei indicilor velocimetrice anterior și ulterior tratamentului și repartizarea pacientelor cu insuficiență circulatorie după gradul de gravitate sunt prezentate în tabel TabN1.

Analiza indicilor velocimetrice

Tab N1

Indice	Lot experimental		Lot de control	
	Anterior tratamentului	Ulterior tratamentului	Anterior tratamentului	Ulterior tratamentului
Gr1	65,7%	37,7%	51,8%	48,5%
Gr2	16,6%	15,7%	21,2%	20,5%
critic	0	0	8,2%	0
normal	17,7%	0	18,8%	0

Dupa efectuarea tratamentului, și a 7 sedinte de HBO a fost repetată Dopplerometria A/U i velocimetria A/O, ACM la făt. În lotul experimental s-a evidențiat ameliorarea în 28,9%±2,1 cazuri comparativ de lotul de control 12,2%±0,9 p>0,05. Gr I de afectare în lotul experimental 37,7%±2,9, în lotul de control 48,5%±3,3 p>0,05. Gr II de afectare 15,7%±0,8 lotul experimental comparativ cu lotul de control 20,5%±2,2cazuri. Astfel observăm ameliorarea indicilor velocimetrice în 15,8% ±3,7 cazuri comparativ cu lotul de control. Starea i/u a fatului era apreciată ca satisfăcătoare. Evoluția sarcinii actuale după tratamentul medicamentos și cursuri de HBO s-a schimbat semnificativ în lotul experimental și este reprezentat in tabel. Tab N2

Reprezentarea evoluției sarcinii anterior și ulterior tratamentului

TabN2

Patologia		Lot experimental		Lot de control	
		anterior	ulterior	anterior	ulterior
1	Insuficiența circulatorie GrI	35,6%±3,1	41,7%±3,4	25,45%±2,0	29,1%±2,3
2	Insuficiența circulatorie GrII	8,9%±0,98	11,1%±1,2	14,5%±1,3	25,4%±2,1
3	Insuficiența circulatorie GrIII	0	0	5,45%±0,9	5,45%±0,9
4	Retard fetal+insuficiența circulatorie	13,3%±1,6	13,3%±1,6	9,1%±1,0	3,6%±0,7
5	Retard fetal+oligoamnios	4,4%±0,8	4,4%±0,8	0	0
6	Retard fetal	37,8%±2,8	37,8%±2,8	45,5%±3,1	49,1%±3,6

În lotul experimental din Insuficiența circulatorie de grI în Insuficiența circulatorie de grII au trecut $2,2\% \pm 0,4$ de gravide comparativ cu lotul de control în care au trecut $10,9\% \pm 1,1$ de gravide. Este de remarcat faptul că la $3,6\% \pm 0,7$ de gravide lotului de control s-a evidențiat retard fetal. La analiza complicațiilor survenite în timpul sarcinii actuale se remarcă frecvența înaltă a nasterilor premature în lotul de control $14,4\% \pm 1,2$ comparativ cu lotul experimental $4,4\% \pm 0,8$. Moartea antenatală a fatului în $7,2\% \pm 0,9$ în lotul de control și $2,2\% \pm 0,4$.

Modul de rezolvare a sarcinii la pacientele incluse în studiu.

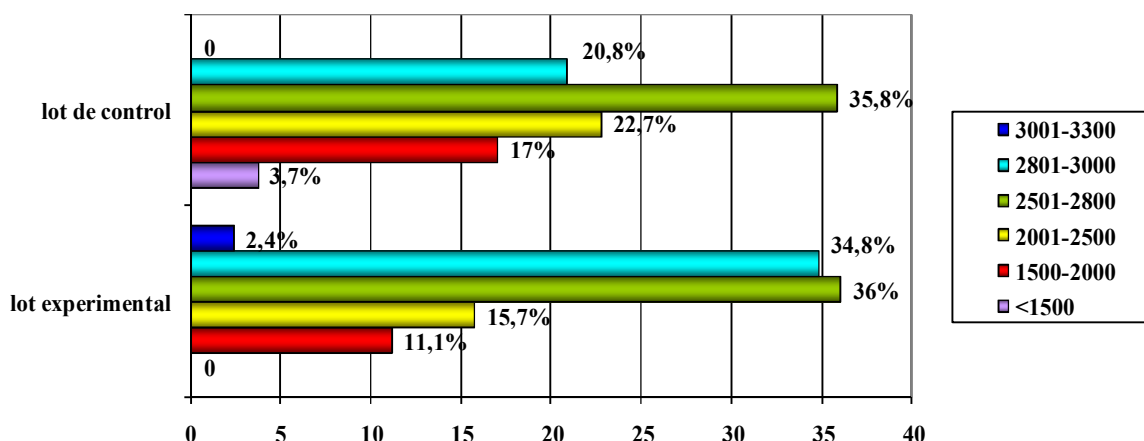
TabN3

Loturi	Per vias naturalis		Operația cezariană			
	Pretermen (24-36 săpt)	La termen (după 37 săpt)	Pretermen (24-36 săpt)	La termen (după 37 săpt.)	În mod urgent	În mod planificat
Lotul I (n-90)	9 $10 \pm 1.1\%$	31 $34,4 \pm 1.7\%$	4 $4,4 \pm 0,9\%$	46 $51,1 \pm 2.9\%$	20 $22,2 \pm 1,8\%$	30 $33,3 \pm 2,1\%$
Lotul II (n-55)	5 $9,09 \pm 1.2\%$	11 $20 \pm 1.4\%$	3 $5,4 \pm 1,4\%$	36 $65,4 \pm 2,9\%$	28 $50.9 \pm 2,5\%$	11 $20 \pm 1,3\%$

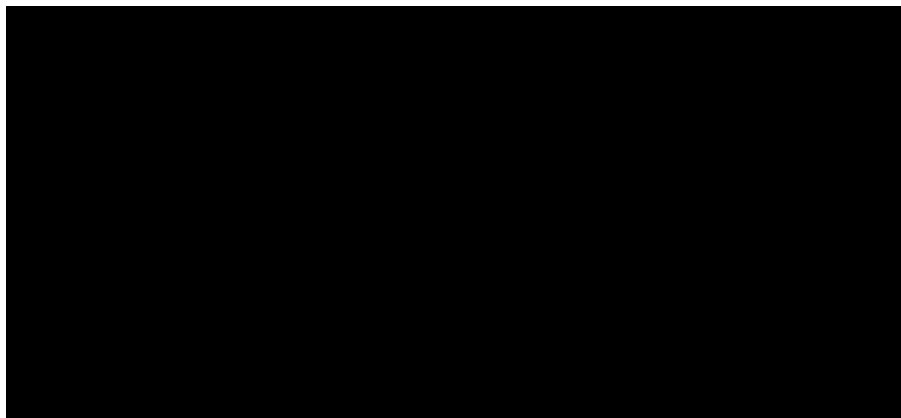
Toate pacientele incluse în studiu au născut copii vii. În lotul experimental per vias naturalis au născut cu $15,6\%$ paciente mai mult comparativ de lotul de control. La 50 ($55,5 \pm 1.3\%$) lotului experimental nașterea s-a terminat prin operație cezariană planică, dintre care în 20 ($22,2 \pm 1,8\%$) cazuri - în mod urgent și în 30 ($33,3 \pm 2.1\%$) cazuri operația a fost planificată. În lotul de control 39 ($70,9\% \pm 3,2$), din ei 28 ($50,9 \pm 2,5\%$) în mod urgent și 11 ($20 \pm 1,3\%$) în mod planic. Rezultatele studiului au apreciat că din 90 paciente lotului experimental s-au născut ($37,2\% \pm 2,1$) copii cu masa mai mare de 2800 – fără hipotrofie fetală, după scorul Apgar 7/7, 7/8, 8/8 baluri, feți vii hipotrofici cu masa 2000-2700 gr. $51,7\% \pm 2,2$ cazuri. Din 55 de paciente din lotul de control s-au născut $35,8\% \pm 1,9$ feți vii cu masa 2500-2800, după scorul Apgar 6/7 baluri, feți vii hipotrofici cu masa 2000-2700 gr $22,7\% \pm 2,1$ cu scorul 5-6. Rezultatele sunt prezentate în grafic. FigN1

Reprezentarea grafică după masa corporală la naștere.

FigN1



Reieșind din aceste date starea copiilor după naștere a fost apreciată ca satisfăcătoare în marea majoritatea cazurilor în lotul experimental, adaptarea copiilor petrecându-se mai favorabil. Ulterior, starea de dezvoltare a copilășilor a fost evaluată la domiciliu pe parcursul primului an de viață. Pe motiv că nu toți copilășii au fost de găsit, evaluați au fost 62 din lotul experimental și 29 din lotul de control.



Astfel a fost stabilit că în prima lună de viață, dezvoltarea fizică a copiilor în majoritatea cazurilor în ambele loturi nu a avut diferențe deosebite (23 din 62 cazuri) în lotul experimental a corespuns vârstei și (11 din 29), adăugând în mediu 550 g în greutate, 5 cm în înălțime, 2 cm la perimetrul cranian și 3 cm la perimetrul toracic. În luna a treia de viață s-au întâlnit în 3 cazuri o dezvoltarea fizică insuficientă conform vârstei, și nici într-un caz accelerată. La șase luni copilășii au adăugat în greutate corespunzător vârstei în 45 cazuri, restul 11 cazuri înregistrând valori mai mici (până la 500 g pe lună). În luna a noua de viață întârziere a dezvoltării fizice s-a întâlnit în 9 cazuri, iar la un an din 31 de copii 10 au avut o greutate mai mică corespunzător vârstei.

Prin urmare, se poate conchide că dezvoltarea fizică a copilășilor pe parcursul primului an de viață a fost satisfăcătoare, și nu a relatat schimbări semnificative între loturi. Un interes prezintă afecțiunile apărute pe parcursul primului an de viață.

Practic în ambele loturi schimbări nesemnificative cu o pondere mare se evidențiază anemie fierodeficitară și IRVA. Dar ne interesa mai mult prezența în 22,7%±2,6 de cazuri în lotul de control encefalopatiei hipoxico-ischemice (EPI), comparativ cu lotul de control, ne reflectă despre prezența hipoxiei în sarcină, și asfixiei în naștere. În urma colectării anamnezei s-a stabilit că pe parcursul primului an de viață copiii au suportat mai multe afecțiuni. În lotul experimental frecvent anemia fierodeficitară la 34,5%±2,6, IRVA 44,8%±3,3, hipertensiune intracraniană 4,9%±1,7, encefalopatia hipoxico-ischemică 10,4%±2,2, în lotul de control anemia fierodeficitară 33,2%±3,6, IRVA 51,3%±4,2, hipertensiunea intracraniană 4,9%±0,8, encefalopatia hipoxico-ischemică 22,7%±3,2. $p > 0.05$. În luna a treia s-a pastrat encefalopatia hipoxico-ischemică în aceleași cazuri în ambele loturi de studiu, IRVA periodic sezonally se menținea. Encefalopatia perinatală hipoxico-ischemică, apare pe fondalul scăderii fluxului sanguin placentar în perioada antenatală determină hipoxie cu hipoxemie, acidoza ce duce la scăderea fluxului sanguin cerebral care va duce la ischemie cerebrală. S-a constatat că factorii perinatali în relație cu asfixia au o influență mai mare asupra sechelelor motorii față de cele cognitive, iar factori de mediu și psihosociali în legătură cu asfixia au influență mai mare asupra sechelelor cognitive. Modificările majore în funcția cognitivă apar între 18-24 de luni de viață, aceasta evidențiazând necesitatea urmăririi pe termen lung a nou-născuților cu asfixie perinatală.[1,6,5] Importantă este întrebarea cu privire la termenul și metodele optime de aplicare a hiperbarooxigenoterapiei. Rezultatul studiului nostru și a altor studii a relatat că termenul optimal este 27-28 săptămâni de gestație. [4,6,1] E necesar de ținut cont de termenul sarcinii, gradul de decompensare a funcției placentare, gradul de hipoxie fetală și sindromul de reținere a dezvoltării intrauterine a fătului.[1] Totuși important rămâne depistarea grupelor de risc până la sarcină, pregătirea adecvată către graviditatea, aplicarea precoce tratamentului patogenetic și hiperbarooxigenoterapiei în timpul sarcinii, conduita rațională a nașterii permit micșorarea incidențelor complicațiilor sarcinii și gravitatea evoluției IFP, morbiditatea și mortalitatea perinatală[5,6,2].

Concluzii

1. HBO în tratamentul insuficienței circulatorii este bine tolerat de paciente.
2. S-a evidențiat îmbunătățirea fluxului sangvin conform indicilor dopplerometrici în 15,8% cazuri la gravidele din lotul experimental care au urmat HBO comparativ cu cele din lotul de control.
3. Nașterile premature prezintă o incidență de 3 ori mai mică în lotul experimental în comparație cu cel de control. Operația cezariană constituie metoda de preferință în rezolvarea nașterii în ambele loturi, dar în lotul experimental nașterile per vias naturalis constituie cu 15,6% mai mult decât în lotul de control. S-a înregistrat un procent mai mare al operațiilor cezariene de urgență în lotul de control (62,9%) în raport cu lotul experimental (46,4%).
4. În majoritatea cazurilor noi-născuții la naștere, din ambele loturi, au fost evaluați cu punctajul 7-8 după scara Apgar. În lotul de control 15,1% din copilași au fost apreciați cu 5-6 puncte și 13,2% cu 4-5 puncte. Analiza masei corporale a evidențiat prezența în lotul de control a noi-născuților cu masa joasă în 12,7% comparativ cu lotul experimental.
5. Examinarea copiilor la distanță nu a constatat modificări semnificative în dezvoltarea fizică. Evaluarea statutului neurologic a depistat encefalopatia hipoxico-ischemică în 22,7% de cazuri comparativ cu lotul de control.

Bibliografie

1. Bernstein IM, Horbar JD, Badger GJ, Ohlsson A, Golan A. Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. Am.J.Obstet.Gynecol. 2000;182:198-206.
2. Bandos International Course on Advanced Diving and Underwater Medicine 2001 (2002) Journal of Underwater and Hyperbaric Medicine, 2: 33.
3. Baekelandt D. Et al. (2002) Conditioning of intensive care patients for hyperbaric oxygen therapy. Journal of Underwater and Hyperbaric Medicine, 3: 87.
4. Battaglia C, Artini PG, D'Ambrogio G, et al. Maternal hyperoxygenation in the treatment of intrauterine growth retardation. Am J Obstet Gynecol 2000;167: 430-43.
5. Gladun E., Stemberg M., Stratulat P., Friptu V., Petrov V., Corolcova N., Complexul fetoplacentar . Aspecte perinatale. Chisinau ,2000,188p.
6. Gulmezoglu AM, Hofmyer GJ. Maternal oxygen administration for suspected impaired fetal growth In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update software.

OPTIMIZAREA CONDUITEI SARCINII ȘI NAȘTERII LA GRAVIDELE DUPĂ REZECȚIE PULMONARĂ ÎN PROCES TUBERCULOS

Zoreana Cazacu

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Improving the pregnancy and delivery behavior in pregnant women after pulmonary resection in tuberculosis

This research presents the investigation and analysis of clinical evolution of pregnancy and delivery as well as the perinatal results in 21 women after pulmonary resection caused by tuberculosis process. The trial consisted of 22 healthy pregnant women. We determined that this group of expecting women take part of higher risk group for pregnancy and delivery complication, and therefore is recommended a continuous and careful follow-up both of gynecologist and phthisiologist. A major importance is attributed to antirecivide therapy performance before, during and after the delivery.