

# PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI SARCINII ȘI NAȘTERII LA GRAVIDELE CU DIABET ZAHARAT

Ana Serbenco

Gatedra Obstetrică și Ginecologie, FECMF, USMF "N. Testemițanu"

## Summary

### *Specific features of pregnancy evolution and delivery in pregnant women with diabetes mellitus*

Pregnancy and delivery evolution in 55 patients with diabetes mellitus was studied in 2004 – 2010 with gave birth at the Institute of Health Protection and Research of Mother and Child. The pregnancy developed on a gynecological and somatically complicated background. The obstetric pathology was practically revealed in every patients with diabetes mellitus: the imminence of abortion and premature birth in 12(21,8%), iron deficiency anemia in 23(41,8%), polyhydramnios in 14(25,4%), fetoplacental insufficiency in 18(32,7%) patients.

The most preferred method of solving the pregnancy was cesarian which was performed in 48(87,3%) of pregnancy 35-37 weeks. Most of the babies (69,1%) were born with immaturity signs of diabetic fetopathy 17(30,9%) of babies, with pulmonary pathology (congenital pneumopathy and pneumonia) 9(16,4%) with jaundice and hyperbilirubinemia 14(25,5%), and macrosomia 11(20%) of babies.

Prophylaxis of respiratory insufficiency was performed with dexametasone according to the scheme for patients with the pregnancy of less than 34 weeks.

It is recommended for the gravidas with diabetes mellitus to be referred to the Research Institute for Mother and Child Health Protection to solve the problem of the III level pregnancy.

## Rezumat

A fost studiată evoluția sarcinii și nașterii la 55 paciente cu diabet zaharat care în anii 2004-2010 au născut în maternitatea ICȘDOSMC.

Sarcina la aceste paciente a evaluat pe un fundal a statutului ginecologic și somatic complicat. Patologia obstetricală s-a depistat practic la fiecare pacientă cu diabet zaharat: iminența de avort și naștere prematură la 12(21,8%), anemia fierodeficitară la 23(41,8%), polihidroamniosul la 14(25,4%), insuficiența fetoplacentară la 18(32,7%) paciente.

Metoda preferențială de rezolvare a sarcinii a fost operația cezariană care s-a efectuat la 48(87,3%) gravide la termenul optimal de sarcină 35-37 săptămîni.

Marea majoritate a copiilor (69,1%) sau născut cu semne de imaturitate, cu semne de fetopatie diabetică au fost 17(30,9%) copii, cu patologie pulmonară (pnevmpatie și pneumonie congenitală) 9(16,4%), cu icter și hiperbilirubinemie 14(25,4%), cu macrosomie 11(20,0%) copii.

Profilaxia detresei respiratorii cu dexametazonă s-a efectuat, conform schemei, pacientelor cu vîsta de sarcină de pînă la 34 săptămîni.

Se recomandă referirea gravidelor cu diabet zaharat pentru rezolvarea sarcinii la nivelul III – maternitatea ICȘDOSMC.

## Actualitatea

În ultimul timp tot mai multe gravide cu diabet zaharat concept sarcina. Incidența diabetului zaharat asociat sarcinii constituie de la 1% și pînă la 3,5%.

Diabetul zaharat ocupă unul dintre primele locuri în multitudinea problemelor medico-sociale globale care influențează negativ sănătatea populației, căpîtînd proporții tot mai mari asemănătoare unei epidemii (1,8,12).

Statisticile mondiale indică creșterea alarmantă a cazurilor de diabet zaharat în rîndurile populației care la moment afectează aproximativ 180 milioane de persoane, iar către anul 2025 acest indice va atinge cota de peste 300 milioane (2,9).

Practica medicală de toate zilele ne arată ca diabetul zaharat și sarcina sunt influențate negative reciproc, aducând la diferite complicații din partea mamei și fătului ( 3,4,7,8).

Pe parcursul utimelor decenii funcția reproductivă în marea majoritate a femeilor ce sufereau de diabet zaharat s-a ameliorat considerabil. Mortalitatea gravidelor și parturientelor bolnave de diabet zaharat , care al începutul secolului XX tingea cota de 50% și mai mult în prezent s-a micșorat pînă la 0,2 – 0,7%. În consecință numărul sarcinilor și nașterilor la aceste bolnave a crescut considerabil. Astfel, la fiecare 180 – 200 de nașteri revine cite o naștere la o bolnavă cu diabet zaharat (6,10,11).

Necătînd la faptul că în ultimele decenii indicatorii mortalității materne și perinatale considerabil s-au ameliorat mai rămîne multe de făcut în această direcție. Din aceste considerente se poate cert de spus, că problema diabetului zaharat în sarcină rămîne actuală și în continuare nu numai în practica medicală, dar și în sfera socială (2,5,6,9). Problema dată nu este pusă suficient de bine la punct nici la noi în țară, de aceea ea rămîne a fi actuală și pentru instituția noastră.

**Scopul lucrării** date este de a studia evoluția clinică a sarcinii și nașterii la gravidele cu diabet zaharat care sau adresat pentru asistență medicală specializată în clinica obstetricală a Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.

### **Materiale și metode**

Pentru a realiza obiectivele lucrării a fost studiate evoluția sarcinii și nașterii la 55 gravide cu diabet zaharat (lotul de bază), care au născut în ultimii 6 ani (2004- 2010) în maternitatea IMSP ICȘDOSMC. Vîrsta pacientelor a fost între 18 și 40 ani, în medie 28,6 ani. Cu viza de reședință dîn orașe au fost 22(40,0%), din localitățile rurale 33(60%).

După locul de muncă și funcția ocupată neangajate în cîmpul de muncă (casnice) au fost 32(58,2%), slujbașe – 16(29,1%) și invalide de diferite grupe – 7(12,7%). Conform clasificării maladiei de bază, a diabetului zaharat (9,11) pacientele s-au divizat în felul următor : diabet zaharat tip I – insulinodependent – 27(49,2%), diabet zaharat tip II nedependent de insulină – 14(25,4% și diabet zaharat gestațional – 14(25,4%) paciente.

Statutul eriditar din partea părinților sau a altor rude apropiete a fost agravată la 38(69,1%) gravide. Toate gravidele s-au aflat la evidența de dispanser în privința sarcinii la medicul de familie. Tardiv după 12 săptămîni de sarcină au fost luate la evidența, necătînd la maladia de bază – 12(21,8%) gravide.

Conform maladiei de bază, diabetul zaharat, pînă la sarcină la evidența de dispanser s-au aflat 41(74,5%) paciente. La 14(25,4%) gravide pentru prima dată diabetul zaharat a fost depistat pe parcursul sarcinii actuale. De menționat, ca că marea majoritate a gravidelor cu diabet zaharat 49(89,1%) au fost spitalizate prepartum în secția de patologie a sarcinii în termenii de sarcină 34 – 40 săptămîni, conform deciziei CMC din sectorul primar.

Lotul martor l-au constituit 52 gravide practic sănătoase aproximativ de aceeași vîrstă ca și cele din lotul de bază.

### **Rezultate și discuții**

Putem menționa că sarcina actuală la gravide cu diabet zaharat a evaluat pe un fundal destul de complicat.

Studiînd statutul ginecologic al pacientelor din lotul de bază s-a constatat că menarha la vîrsta de 12 – 15 ani a survenit la 42(76,4%) paciente, menarhe tardivă la vîrsta de 16 și mai mult la 13(23,6%) femei. De algodismenoree acuzau 11(20,0%) paciente. Statutul ginecologic complicat cu patologie ginecologică (chist ovarian, miom uterin, policistoză ovariană, endocervicoză, polip a canalului cervical, etc) la 17(30,9%) ginecopate. În total, statutul ginecologic la pacientele cu diabet zaharat a fost agravat la 36(65,45%) în comparație cu 7(13,5%) în lotul martor.

Statutul somatic la acest contingent de paciente a fost agravat de următoarea patologie: boli copilărești – la 39(70,9%) paciente, maladii ale sistemului endocrin, în afară de patologia de bază (hipo- hipertireoza glandei tiroide, obezitate – la 25(45,45%), maladii ale sistemului gastrointestinal – la 9(16,4%), maladii ale sistemului urinar (pielonefrită, nefrită) – la 11(20,0%), sistemului cardiovascular HTA, varice, angiopatie diabetică – la 16(29,1%), patologia sistemului ocular (retinopatie) – la 8(14,5%). De menționat, că patologia somatică a fost asociată la 46(83,6%) paciente, cu excepția a 9 gravide în comparație cu 9(16,4%) în lotul de martor.

Sarcina pe parcursul ei la unele paciente cu diabet zaharat a evaluat cu un șir de complicații, cum ar fi: iminență de avort spontan, naștere prematură – la 12(21,8%), gestoză tardivă – 34(61,8%), anemie fierodeficitară la 23(41,8%). Insuficiența feto-placentară s-a constatat la 18(32,7%), polihidroamniosul – la 14(25,4%) gravide. În total, patologia obstetricală pe parcursul sarcinii s-a depistat practic la fiecare pacientă cu diabet zaharat, în comparație cu 6(11,5%) paciente în lotul martor.

Din cele menționate putem conchide, că patologia ginecologică și extragenitală au servit drept fundal pentru o evoluție patologică a sarcinii la acest contingent de femei.

De menționat că din contingentul studiat de gravide lotul de bază au născut pe jos 7(12,7%) parturiente, la celelalte 48(87,3%) paciente sarcina a fost rezolvată prin operația cezariană. Operația cezariană la rece s-a efectuat în 41(85,4%) și de urgență – la 7(14,6%) parturiente. Drept indicații pentru operația cezariană de urgență din partea mamei în 3(6,25%) cazuri au servit insuficiența fostelor de contracție și în 4(8,3%) din partea fătului – hipoxia incipientă și progresantă a fătului.

În toate celelalte 41(85,4%) cazuri indicațiile pentru operația cezariană planificată au fost asociate: diabet zaharat tip I insulinodependent, insuficiență feto-placentară- la 23(56,1 %) paciente, diabet zaharat tip I insulinodependent, prezentație pelviană – la 2(4,9 %), diabet zaharat tip I insulinodependent, uter cicatriceal – la 2(4,9 %).

În diabetul zaharat tip I, asociat cu preeclampsie, anamneză obstetricală complicată operația cezariană s-a efectuat la 6(10,9%) paciente, diabet zaharat asociat cu anamneză obstetricală complicată, insuficiență feto-placentară, suferință fetală operația cezariană s-a efectuat la 8(14,5%).

Diabetul zaharat gestațional asociat cu făt macrosom, prezentație pelviană a servit indicații pentru operația cezariană în 7(17,1%) cazuri. Deci, operația cezariană la pacientele cu diabet zaharat s-a efectuat în 87,3%.

Sarcina la pacientele cu diabet zaharat în dependență de tipul lui, suferința fetlă și anamneza obstetricală complicată a mamei s-a rezolvat în următorii termeni de gestație: 36-37 săptămâni de sarcină la 34(61,8%), gravide, în termenii de sarcină 38 săptămâni și mai mult sarcina a fost rezolvată la 21(38,2%) paciente. De menționat, că la 11(20,0%) paciente la care sarcina a fost rezolvată după 38 săptămâni de gestație au născut feți macrosomi cu fetopatie diabetică.

Marea majoritate a copiilor s-au născut cu un scor Apgar bun (8 – 10 puncte), 7(12,7%) cu scorul Apgar 6-7 puncte și numai un copil cu 1-2 puncte, care a decedat în primele 24 ore.

La copii născuți de la mamele cu diabet zaharat s-a depistat următoarea patologie: fetopatie diabetică – la 17(30,9%), pneumopatie – la 5(9,1%), pneumonii congenitale – la 4(7,3%), în total- la 9(16,4%), imaturitate – la 6(10,8%), icter neonatal – la 8(14,5%), hiperbilirubinemie pe fond de prematuritate – la 6(10,8%), făt macrosom – la 11(20,0%), atelactazie pulmonară, retard fetal la doi nou-născuți.

Marea majoritate a copiilor au fost externati acasă la timp, în afară de 4 nou-născuți care au fost transferați în alte secții : 3 copii la etapa a II de îngrijire și un copil în secția de chirurgie nou-născuți.

## **Concluzii**

1. Practic la toate gravidele cu diabet zaharat în sarcină statutul ginecologic, somatic, precum și anamneza obstetricală au fost complicate, deci sarcina a decurs pe un fundal premorbid agravat asociat cu diabetul zaharat.

2. Pentru a preveni complicațiile din partea fătului în naștere, mortalitatea perinatală și morbiditatea sporită a nou-născuților (traumatismul fetal, fetopatia diabetică etc) considerăm că termenul oportun de rezolvare a sarcinii e necesar să fie de 36 – 37 săptămîni de gestație.

3. Pentru a preveni malformațiile fetale congenitale la acest contingent de paciente e necesar de a efectua ecografia repetată la termenele de sarcină de 19-20 și 26-27 săptămîni.

4. În cazul unei presupuse suferințe fetale sau a unei fetopatii diabetice în termenul de sarcină de după 30 săptămîni gravida se spitalizează în secția de patologie a sarcinii unde se indică și investigații paraclinice: ecocardiografia și cardiografia fetală la fiecare 3-4-a zi pentru a decide la timp momentul rezolvării sarcinii.

5. Prealabil înainte de rezolvarea sarcinii pînă la 34 săptămîni se efectuează profilaxia detresei respiratorii fetale cu dexametazonă în doză de 6 mg peste 12 ore , total 24 mg.

6. Drept metodă de elecție în rezolvarea sarcinii la pacientele cu diabet zaharat se recomandă operația cezariană.

7. Nivelul de referire la pacientele cu diabet zaharat se recomandă de a fi Centrul perinatologic de nivelul III maternitatea IMSP ICȘDOSMC.

8. În baza rezultatelor obținute și a datelor de literatură contemporană pe specialitate a fost elaborat protocolul de conduită în diabetul zaharat și sarcină pentru uz republican.

### **Bibliografie**

1. Boulvain M., Stan C., Iron O. Elective delivering in diabetic pregnant women – from The Cochrane Libray , Issue, 1. – 2006.
2. Casson I. F. et al. Papers “Outcomes of pregnancy in insulin dependent diabetes women: results of five year population cohort study” BMJ, 1997, p. 275 – 278(2 August).
3. Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitus. American Diabetes Association // Diabetes care. – 2006. –V.29. –S. 44-S48.
4. Iron O., Boulvain M. Induction of Labour for suspected fetal macrosomia // Cochrane Database Syst. Rev., 2000.
5. Sampowski I.R., Houlden R.L. Managing diabetes during pregnancy //Canadian Family Physician June, 2003.
6. Turok D.K., Ratcliffe S.D., Baxley E.G. Management of gestational Diabetes Mellitus //Am. Family Phisician – V.68, Nr. 9, - 2003.
7. Zamorski M.A., Bigss W.S. Management of suspected fetal Macrosoma //Am. Fam. Physician Htm. -2001. –V.63. – P. 302-306.
8. Greaznova I.M., Vtorova V.G. Saharnii diabet i beremennosti. M.:Medicina, 1985.
9. Bokarev I.N., Velikov B.K., Shubina O.I. Saharnii diabet. MIA: Moskva, 2006.
10. Pedersen M.M. Beremennosti pri saharnom diabete. M.: Medicina, 1986.
11. Shehtman M.M. Rukovodstvo po extragenitalnoi patologii u beremennih. M.: Triada, X, 1999.
12. Petreaikina E.E., Rîtikova S.N. Diagnostika saharnogo diabeta I i II tipa. //Leceacii vraci. – 2005, nr. 5, 54-59.

## **INHIBINA B MARKER ÎN RĂSPUNSUL OVARIAN**

**Natalia Cauș**

(Conducător științific - Prof. universitar Valentin Friptu)

Catedra de Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Inhibin B a marker for ovarian response***

Inhibin B is a heterodimeric glycoprotein released by the granulosa cells of the follicle. The low concentration was predictive for a poor ovarian response and decreased the success