

**NAȘTEREA ÎN SARCINA PROLONGATĂ/SUPRAMATURATĂ**  
**Taisia Eșanu, Olga Cernețchi, Iurie Dondiuc, Beatrice Gherman**  
Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF USMF “Nicolae Testemițanu”

**Summary**

***Birth in prolonged/overripped pregnancy***

Each 4-th calving admitted in obstetrical department, represents a birth in a prolonged overripped pregnancy. The prolonged /overripped pregnancy lasts 10-14 more days than in a normal one, but the final diagnosis can be established only after finishing birth. The reality of this problem in time, has been demonstrated the negative influence on baby, who could die, before in or after birth, and the many methods of beginning the labor at these calvings.

This study comes to demonstrate that the incidence of prolonged/overripped pregnancy represents 801 (25,7%) cases, from the total number of births – 3116 (100%), but the prolonged birth has been found in 111 (3,56%) cases from the total number of births, or in 13,85% cases from all the overripped pregnancies.

**Rezumat**

Fiecare a 4-a parturientă internată în secția obstetricală reprezintă naștere într-o sarcină prolongată/supramaturată. Sarcina prolongată/supramaturată se prelungește cu 10-14 zile mai mult decât cea normală, dar diagnosticul definitiv se stabilește numai după finisarea nașterii. Realitatea prezenței acestei probleme în timp s-a demonstrat prin acțiunea nefastă asupra fătului, care poate deceda înainte, în timpul sau după naștere și prin multitudinea metodelor de declanșare a travaliului la acest contingent de parturiente.

Studiul a demonstrat că incidența sarcinilor prolongate/supramaturate constituie 801 (25,7%) cazuri din numărul total de nașteri (3116), iar nașterea supramaturată s-a constatat numai în 111 (3,56%) cazuri din numărul total de nașteri sau în 13,85% cazuri din toate sarcinile prolongate.

**Actualitatea**

Sarcina care se prelungește cu 10-14 zile mai mult decât cea normală poate fi apreciată ca prolongată sau suprapurtată.

*Sarcina prolongată* se finisează cu nașterea unui copil funcțional matur fără semne de supramaturare și fără semne de îmbătrânire a placentei.

*Sarcina supramaturată* adevărată se caracterizează prin nașterea unui copil cu semne certe de supramaturare: lipsa sebumului, macerația tegumentelor, oligoamnios, suturile și fontanelele înguste, oasele craniului dure. La supramaturarea marcată în lichidul amniotic apare meconiu și culoarea lui devine verzuie sau surie.

Pentru sarcina supramaturată sunt caracteristice semne de îmbătrânire a placentei (microinfarcte, subțierea sau îngroșarea placentei). Sarcina supramaturată este o problemă care prezintă un mare interes practic și științific în obstetrică. Actualitatea acestei probleme se explică prin multitudinea de complicații în naștere, mortalitate și morbiditate perinatală înaltă. Abordarea științifică a problemei de supramaturare a sarcinii s-a definit în anul 1902, când pentru prima dată Belentain, apoi Runge (1948) au descris semnele de supramaturare a nou-născutului, acest sindrom fiind numit Belentain-Runge.

Incidența sarcinii prelungite variază între 2.4-3.68%. Realitatea prezenței acestei probleme s-a demonstrat prin acțiunea nefastă asupra fătului care poate deceda înainte, în timpul sau după naștere.

Etiologia (factorii de risc) și patogeneza sarcinilor supramaturate:

1. Schimbări endocrine: în funcția glandei tiroide, diabetul zaharat, schimbări în raportul dintre hormonii sexuale feminini (estrogen/progesteron);
2. Anamneza obstetricală și ginecologică complicată cu avorturi, procese inflamatorii, operații la uter;

3. Dereglări de ciclu menstrual (menarha prea timpurie sau întârziată, ciclul neregulat, ciclul de 35 zile, opsomenoreea, spaniomenoreea);

4. Dereglări în sistemul nervos central (hipotalamus, sistemul limbic, structurile din scoarță amplasate în lobii temporali ai emisferelor cerebrale);

5. Maladiile ficatului, stomacului și intestinului care contribuie la dereglări în sinteza și metabolizarea hormonilor sexuali feminini;

6. La gravidele aflate o perioadă îndelungată la pat, cu scop de păstrare a sarcinii și cele cu mod sedentar de viață, căpșorul fătului rămâne mult timp nefixat, nu excită aparatul receptor al segmentului inferior al uterului;

7. Prezența patologieilor obstetricale: gestozele tardive, prezentațiile pelviene, oblice, transversale;

8. Infantilismul general și al organelor genitale;

9. Alimentația irațională și insuficientă, astfel, fătul având nevoie de mai mult timp pentru maturizare;

10. Predispoziția ereditară și individuală (o sarcină supramaturată mărește riscul de 3-4 ori de a se repeta);

11. Patologia cardiovasculară, care provoacă hipoxia cronică a fătului;

12. În survenirea sarcinii, evoluția ei și caracterul dezvoltării activității de naștere un rol important îi revine estrogenilor, progestinelor, corticosteroidilor, gonadotropinei horionice, mediatorilor (acetilcholină, cateholamină, serotonină, chinină, histamine, prostoglandine), enzime, electroliți, microelemente și vitamine. Nivelul de estrogeni are rol important în declanșarea travaliului, însă nu reprezintă factorul decisiv. Estrogenii se sintetizează în sistemul fetoplacentar, începând cu dehidroepiandrosteron în suprarenalele fătului, care în ficatul lui se hidrolizează în 16 DEAS, iar în placentă se transformă în estriol. Numai o cantitate destul de mică de DEAS se formează în organismul matern;

13. S-a constatat că anomaliile de dezvoltare a fătului, în temei a SNC și a suprarenalelor conduc la prolongarea și supramaturarea sarcinii;

14. Schimbările în placentă în sarcina supramaturată sunt secundare, însă, dezvoltarea insuficienței placentare dereglează metabolismul fetal, diminuând viabilitatea fătului.

Termenul sarcinii și data nașterii se determină după următoarele criterii: data ultimei menstruații (280 zile), data fecundării (268-275 zile), după ovulație (266 zile), după prima vizită la medic, după prima mișcare a fătului, după USG, după formula Jardani, Sculschi, după datele OMS ( de la prima zi a ultimei menstruații minus 3 luni).

Diagnosticul se stabilește în baza datelor examenului obstetrical și examenului instrumental. Din datele examenului obstetrical pentru sarcina supramaturată sunt caracteristice:

-diminuarea circumferinței abdomenului gravidei cu 5-10 cm (cauza deshidratarea);

-diminuarea turgorului pielii gravidei;

-micșorarea masei corporale a gravidei (aproximativ cu 1-2 kg);

-mărirea înălțimii fundului uterin;

-mărirea consistenței uterului din motive de oligoamnioză;

-la examenul vaginal- duritatea oaselor căpșorului fetal, fontanelele și suturile sunt înguste:

-schimbarea BCF , care confirmă hipoxie fetală provocată de insuficiența placentară;

-eliminările din glandele mamare-lapte matur și nu colostru;

-colul uterin lung, dur, excentric "nematurizat"

**Scopul studiului** constă în determinarea efectului sarcinii supramaturate asupra modalității de declanșare a travaliului și asupra nou-născuților.

#### **Materiale și metode**

Studiului au fost supuse fișele de observație clinică a gravidelor, parturientelor și lăuzelor precum și a nou-născuților lor trecute prin IMSP SCM N1, sectia obstetricala Nr.3 pe parcursul anului 2012

## Rezultate și discuții

Studiul efectuat a demonstrat că incidența sarcinii prelungate/supramaturate constituie 801 (25,7%) cazuri din numărul total de nașteri (3116). Din ele – nașteri supramaturate s-au confirmat post-natal în 111 (3, 56%) cazuri, ceea ce constituie 13,85% cazuri din toate sarcinile prelungate.

În structura sarcinilor prelungate/supramaturate predomină primiparele – 535 (66,79%) cazuri, întâlnindu-se de 2 ori mai frecvent decât la multipare - 266 (33,21%) cazuri. Din toate sarcinile prelungate fătul s-a născut fără semne de supramaturare, apreciat la termen în marea majoritate din cazuri – 690 (86,15%). Din toate parturientele cu sarcină prelungată, incluse în studiu, au avut termenul pînă la 41 săptămâni de gestație 665 (83,03%); 41-42 săptămâni s-a constatat la 111 (13,85%) parturiente; 42 și mai mult de 42 săptămâni s-a semnalat în 25 (3,12%) cazuri.

Post-natal sarcina supramaturată s-a confirmat în unele cazuri la parturientele cu termen de gestație 41-42 săptămâni și în toate cazurile 42 și mai mult de 42 săptămâni. Cazuri de supramaturare la parturientele cu termen de gestație pînă la 40, 40-41 și 41 săptămâni nu s-au înregistrat în studiul dat. Din numărul total de gravide cu sarcină prelungată au fost internate direct la naștere 606 (75,65%); din patologia sarcinii - 195 (24,35%).

Tabelul 1

### Complicațiile sarcinii la gravidele din grupul de studiu

N d/r	Patologii extragenitale	N abs. de cazuri	%
1.	Patologie renală	44	5,49
2.	Patologie cardio-vasculară	4	0,49
3.	Infecții TORCH	15	1,87
4.	Obezitate	40	4,99
5.	Anemie	25	3,12
6.	Patologie a tractului respirator	2	0,24
7.	Patologie a tractului digestiv	2	0,24
	<b>Patologii obstetricale</b>		
1.	HTA indusă de sarcină	9	1,12
2.	Insuficiența feto-placentară	34	4,24
3.	Polihidramnioză	30	3,74
4.	Oligoamnioză	12	1,49
5.	Făt macrosom	131	16,35

Sarcina a fost indusă hormonal în 2 cazuri (0,2%). Din numărul total de sarcini prelungate *per vias naturalis* s-au declanșat 667 (83,27%) cazuri; prin operație cezariană – 90 (11,23%) cazuri; numărul operațiilor cezariene pe secție alcătuind 407 (13%) cazuri. Operația cezariană în nașterea supramaturată constituie 31%. Acest fenomen îl explicăm din contul sporirii incidenței aplicării vacuum-extracției fătului – 44 (5,49%) cazuri din numărul de sarcini prelungate, comparativ cu vacuum-extracția fătului în general pe secție – 136 (4,4%) cazuri din numărul total de nașteri. Remarcăm, că operații cezariene sunt cu 2% mai frecvente decât la numărul total de nașteri.

Procentul aplicării vacuum extractorului a crescut și din contul dereglărilor de ritm cardiac fetal (56 cazuri – 6,99%) și anume când operația cezariană nu mai putea fi efectuată – căpșorul fătului se afla în cavitatea sau la ieșirea din bazinul mic. În sarcina supramaturată nașterea s-a complicat cu insuficiența forțelor de contracție în 44 (5,49%) cazuri; de 2 ori mai frecventă a fost insuficiența secundară (66%), comparativ cu insuficiența primară (33%).

*Placenta aderens* s-a confirmat în 4 (0,48%) cazuri. Retenții de țesut placentar au avut loc în 41 (5,11%) cazuri, care au fost urmate de raclaj al cavității uterine în perioada a treia de naștere. Hemoragii hipotonice s-au constatat în 7 (0,87%) cazuri și în 2 (0,24%) cazuri s-au

finalizat cu histerectomie din motive de hemoragii marcante (mai mult de 1,5 litri de sânge) și care se prelungeau.

Histerecomii pe parcursul unui an în secția obstetricală nr. 3 la numărul total de nașteri 3116 s-au înregistrat-5 (0,16%) cazuri, din ele în 2 cazuri la sarcină supramaturată.

Menționăm, că din numărul total de nou-născuți supramaturați (111) au avut nevoie de îngrijire și tratament în secția de terapie intensivă și reanimare 11 (9,9%), depășind cu mult procentul nou-născuților la termen trecuți prin terapia intensivă – 54 (1,73%) cazuri. Transferați la etapa a doua de îngrijire a nou-născuților în secția de neurologie – 7 (6,0%) din nou-născuții supramaturați, ne diferențiindu-se de media nou-născuților la termen transferați la etapa a doua - 186 (5,97%) cazuri. Decese perinatale în structura nașterilor supramaturate nu s-au semnalat, ceea ce denotă un management corect al nașterilor în sarcinile prelungite/supramaturate.

### **Concluzii și recomandări**

1. Studiul a demonstrat o incidență a nașterilor supramaturate de 3,56% din numărul total de nașteri sau de 13,85% cazuri din toate sarcinile prelungite.

2. Conform studiului conchidem că sunt supramaturate toate nașterile la 42 și mai mult de 42 săptămâni de gestație și unele din nașteri la 41-42 săptămâni.

3. Incidența operației cezariene în nașterile supramaturate constituie 31%, depășind cu mult incidența acestei intervenții în nașterile la termen – 407 (13%) cazuri, iar incidența operațiilor cezariene în structura sarcinilor prelungite este puțin mai mică 90 (11,23%) cazuri; s-au declanșat per vias naturalis 667 (83,27%) cazuri din numărul total de sarcini prelungite.

4. Nou-născuți supramaturați au avut necesitate mai frecventă de îngrijire și tratament în secția de terapie intensivă comparativ cu nou-născuții la termen.

5. Histerectomia în sarcina supramaturată se efectuează mai frecvent.

### **Bibliografie**

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т., Новиков Б.Н., Зайнулина М.С., Палинка Г.К.,
2. Тарасова М.А. Акушерство: учебник для медицинских вузов, 2010.
3. Eden, Elizabeth (16 November 2006). "A Guide to Pregnancy Complications". HowStuffWorks.com. Retrieved 2008-11-13.
4. Kendig, James W (March 2007). "Postmature Infant". *The Merck Manuals Online Medical Library*. Retrieved 2008-10-06.
5. Sandra D. Dayaratna, Obstetric Evidence Based Guidelines, Second Edition, March 2012
6. "Postmaturity". Morgan Stanley Children's Hospital of New York-Presbyterian. Retrieved 2008-11-13.

## **CARACTERISTICI ALE MICROCIRCULAȚIEI ÎN SARCINA FIZIOLOGICĂ ÎN BAZA DATELOR LASER DOPPLER FLOUMETRIEI**

**Ludmila Ețco<sup>2</sup>, Anton Chiriac<sup>1</sup>, Natalia Corolcova<sup>1</sup>, Ala Chiriac<sup>2</sup>**

Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”<sup>1</sup>,  
IMSP Institutul Mamei și Copilului<sup>2</sup>

### **Summary**

#### ***Characteristics of the microcirculation in the physiological pregnancy according to laser Doppler flow***

One of the major body systems, ensuring consistency of homeostasis is the microcirculation. The perspective method in the studying of the state of the microvasculature of pregnant women is a method of laser Doppler flow, which allows to study the reactivity of the various components of the system of the microcirculation. This study examined the characteristics of basal blood flow of 19 women with physiological pregnancy, compared with