

antenatale la nivelul Spitalului Clinic Municipal nr.1 Chişinău în 2010 este de 0,46%, ceea ce corespunde cu datele literaturii de specialitate [3].

2. Cauzele ce au condiţionat moartea intrauterină au fost: anemia în 56,4%, cauzele placentare în 49% , anomaliile cordonului ombelical în 28,2% cazuri, infecţiile în 25% cazuri, malformaţiile congenitale în 18% cazuri, HTA cronică în 13%, stările hipertensive induse de sarcină în 12,8%, aceste aspecte obţinute corespund cu datele literaturii de specialitate [6].

3. Prevalenţa unei vârste optime fertile (25-30 ani) se explică prin frecvenţa mărită în această perioadă a infecţiilor intrauterine, stărilor hipertensive, întreruperilor voluntare a sarcinii şi a statutului socio-economic precar, toate acestea în asociere favorizând dezvoltarea morţii antenatale.

4. Incidenţa morţii antenatale creşte odată cu avansarea termenului de sarcină acest fenomen explicându-se prin sporirea frecvenţei stărilor hipertensive în această perioadă. Termenul mediu de gestaţie la care a survenit moartea antenatală este de 32 săptămâni.

5. Modalitatea de rezolvare a sarcinii de cele mai dese ori s-a efectuat prin inducţie medicamentoasă (43,5%), operaţia cezariană fiind efectuată în cazurile sarcinilor gemelare şi în apoplexia utero-placentară ceea ce reprezintă o conduită optimală.

6. Necesitatea monitorizării gravidelor cu moarte antenatală în anamneză şi alegerea unei conduite corecte în sarcină, naştere şi perioada post-partum.

Bibliografie

1. Anual Statistic al Sistemului de Sănătate din R.M. 2010, Centrul Naţional de Management şi Sănătate.
2. Catherine Gourbin. La mortalite foetale. Institut de Demographie. Universite Chatolique de Lounain, Belgique, 2000, 91-105.
3. Gheorghe Paladi. Obstetrica patologică, vol. 2, Chişinău 2007, 323-334,293-295.
4. Joy E Lawn, Hannah Blencowe, Robert Pattinson, Simon Cousens, Rajesh Kumar, Ibinabo Ibiebele, Jason Gardosi, Louise T Day, Cynthia Stanton, Muerte fetal intrauterina 2, The Lancet, 2011, 55-70.
5. Late intrauterine Fetal death and stillbirth, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Green-top Guideline No.55, October 2010 , 2-3 p.
6. Pasupathy D, Smith GC. The analysis of factors predicting antepartum stillbirth. Minerva Ginecol. 2005 Aug; 57(4): 397-410
7. Roberto Ariel Vogelmann, Javier Esteban Sánchez . Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Muerte fetal intrauterina. 2008, 10-17
8. World Health Organization (WHO). Neonatal and Perinatal mortality, 2006, 3-20.

SARCINA ASOCIATĂ CU MIOM UTERIN INTRAMURAL – PARTICULARITĂŢILE ŞI COMPLICAŢIILE MATERNO-FETALE

Viorelia Grosu

Catedra Obstetrică şi Ginecologie FECMF

Summary

Pregnancies associated with uterine myoma materno-foetal complications

The aim of the study was to evaluate materno-foetal complications in pregnancies associated with uterine myoma. The study population included 50 pregnant women with uterine myoma and 50 pregnant women myoma that delivered in Clinical Hospital nr.1 Our results showed that the most common complications during pregnancy in women with uterine myoma are imminent abortion, imminence of premature delivery, dysgravidia, intrauterine foetal growth restriction. Other complications during pregnancy associated with uterine myoma are placenta praevia and septic necrosis of myoma. The caesarean section is the most common obstetrical

management of delivery in women with uterine myoma, with a rate of 60,0%. Our data demonstrate that the pregnancy associated with uterine myoma is at high risk because of multiple possible complications.

Rezumat

În acest articol ne-am propus să prezentăm datele unui studiu în cadrul IMSP Spitalului Clinic Municipal nr.1, Chișinău, având drept scop evaluarea particularităților și complicațiilor materno-fetale asociate cu miom uterin intramural. Studiul a inclus 50 gravide cu miom uterin localizat intramural și 50 gravide fără miom uterin, care au născut în IMSP SCM nr.1 începând cu anul 2007 și până în prezent. Rezultatele studiului ne permit să concluzionăm, că sarcina la gravidele cu miom uterin localizat intramural se complică frecvent cu iminență de avort, iminență de naștere prematură, gestoze, RDIU. De asemenea au fost evidențiate astfel de complicații ca: placenta praevia și necroza nodului miomatos. Operația cezariană este conduita obstetricală cel mai frecvent adoptată la pacientele cu miom uterin, cu o rată 60,0%. Rezultatele obținute demonstrează, că sarcina asociată cu miom uterin intramural este o sarcină cu risc crescut din cauza complicațiilor multiple posibile.

Introducere

Numeroase probleme sunt abordate în prezent referitor la efectul miomului uterin asupra sarcinii. Datele existente în literatura de specialitate indică o asociere între miomul uterin și sarcină, care variază de la 0,3% până la 7,5% [5]. Rasmussen K.L. et al. raportează o asociere a miomului uterin cu sarcina între 0,1-5% [7], iar conform datelor expuse de Ștemberg M., Gladun E., Friptu V., Corolcova N. (2002), prevalența miomului uterin în sarcină constituie 0,5-3% [8]. Unii autori consideră că astăzi coexistența „miom uterin-sarcină” este o entitate mai puțin întâlnită, datorită adresabilității crescute a populației feminine la medic, care au drept consecință tratamentul precoce al afecțiunii [4, 6, 8]. Într-un caz din 10 aceste tumori cauzează complicații [3]. Sarcina care survine la o pacientă cu un uter fibromatos implică mai multe riscuri determinate, pe de-o parte, de modificări ale fibromului induse de sarcină, iar pe de alta de complicațiile sarcinii determinate de fibrom [9]. Sarcina poate fi complicată de fibromul uterin prin apariția unor modificări de poziție intrauterină a fătului, care pot afecta mecanismul nașterii, avort, naștere prematură, apariția placentelor aderente, sângerări în lăuzie, până la șoc hemoragic [13]. Poziția anormală a fătului se întâlnește mai frecvent în cazul tumorilor de dimensiuni mari și a celor cu localizare submucoasă [23, 24].

Majoritatea autorilor evidențiază că mioamele uterine favorizează insuficiența primară sau secundară a activității de naștere. Evoluția complicată a sarcinii și nașterii determină frecvența înaltă a intervențiilor chirurgicale și manoperelor obstetricale la gravidele cu miom uterin. Printre indicațiile pentru operația cezariană, miomul uterin constituie circa 0,4 - 0,8% [16]. Dacă fibroamele sunt mici, nașterea se poate produce pe căi naturale, dar dacă fibroamele sunt mari și au o topografie care afectează mecanismul nașterii, atunci se impune operația cezariană [20]. În același timp, operația cezariană în prezența miomului uterin se poate finaliza cu extinderea volumului intervenției (miomectomie, histerectomie) [15, 16, 17, 22].

Materiale și metode de cercetare

Studiul reprezintă o cercetare complexă cu aplicarea mai multor metode de prelucrare matematico-statistică a materialului: intervievare-standard, cercetare integrală și selectivă, analiză stratificată analitico-descriptivă, cu aplicarea setului de programe statistice Microsoft Excel. În conformitate cu cerințele de cercetare au fost respectate principiile de selectare a eșantionului: caz-control, stratificat, neexperimental, retrospectiv. Pacientele expuse cercetării sunt gravidele, care au născut în cadrul IMSP Spitalului Clinic Municipal nr. 1, Chișinău, având drept scop evaluarea particularităților și complicațiilor materno-fetale asociate cu miom uterin intramural.

În cadrul studiului au fost utilizate următoarele metode de investigare: selectarea datelor din documentația medicală; clinice: anamneza, examenul obiectiv general și obstetrical;

paraclinice: examen ultrasonografic și ecografie Doppler, de laborator: examen histopatologic al placentei și al pieselor postoperatorii; statistice de programare a înregistrărilor și de prelucrare a rezultatelor obținute.

Au fost formate două loturi (grupuri) de cercetare:

- grupul test (examinat) – gravidele cu miom uterin localizat intramural, care au finalizat sarcina,

- grupul martor (de control, comparare) – gravidele fără miom uterin, care au finalizat sarcina.

Studiul a fost efectuat în baza la 100 anchete, raportul dintre loturi 1:1. Mărimea lotului test a fost egală cu 50 cazuri, mărimea lotului martor a fost egală cu 50 cazuri, pentru a obține rezultate maximal veridice. În matricea de corelație au fost incluși 42 parametri. Reprezentativitatea eșantionului este pentru femeile gravide din republică. Eroarea maximală trebuie să fie de $\pm 3\%$. Veridicitatea studiului a fost apreciată prin calcularea erorilor standard valorilor relative (ESp) și erorilor standard valorilor medii (ESm), criteriului „t” student (cu o probabilitate mai mare de 95% ($p < 0,05$)).

Rezultate

Vârsta medie a gravidelor cu miom uterin a constituit circa $32,17 \pm 1,6$ ani, iar vârsta medie a gravidelor din lotul control a constituit circa $31,80 \pm 1,9$ ani. Au fost analizate datele obținute cu privire la particularitățile anamnezei, evoluția nașterii, precum și cele ce se refereau la conduita obstetricală adoptată pentru gravidele cu miom uterin și pentru cele din cadrul lotului control. Examenul ecografic, efectuat pe parcursul sarcinii, a avut drept scop atât aprecierea datelor despre starea sistemului feto-placentar, cât și aprecierea numărului, localizării și dimensiunilor nodulilor miomatoși intramurali.

Miom uterin unic intramural a fost depistat la 37 gravide ($52,86 \pm 5,97\%$), iar nodulii miomatoși multipli – la 13 gravide ($47,14 \pm 5,97\%$). În dependență de dimensiunile nodulilor miomatoși, depistați la examenul ecografic, s-a constatat, că în 28 cazuri ($54,28 \pm 5,95\%$) nodulii miomatoși aveau dimensiuni mai mici sau egale cu 5 cm, în 16 cazuri ($37,14 \pm 5,77\%$) nodulii miomatoși aveau dimensiuni cuprinse între 5,9 - 9,9cm, iar în 6 cazuri ($8,57 \pm 3,34\%$) nodulii miomatoși aveau dimensiuni ce depășeau 10 cm.

Analizând datele la complicațiile în sarcina asociată cu miomul uterin intramural și la gravidele din lotul de control s-a constatat prezența iminenței de avort spontan, între 12 - 21 săptămâni la 24 gravide din lotul de bază ($34,28 \pm 5,67\%$) frecvența aceleiași complicații în cadrul lotului control a constituit $8,00 \pm 3,84\%$, respectiv 4 femei din 50. Rezultatele noastre sunt comparabile cu cele obținute de Курцев М.А. et al. [17], conform cărora incidența avorturilor spontane la gravidele cu miom uterin variază între 6,4 – 36,1%, cât și cu cele obținute de Доронин Г.Л., conform căruia frecvența avorturilor spontane la gravidele cu miom uterin constituie 30 - 75% [16]. Incidența iminenței de naștere prematură la gravidele cu miom uterin conform datelor obținute în studiile efectuate de Monnier J.C. et al., prezintă 17,02%. În datele relatate de Thibaud S. et al. se menționează că iminența nașterii premature se întâlnește la 24,6% din gravidele cu miom uterin [14]. Rezultatele studiului nostru au evidențiat o frecvență mai mare a acestei complicații la gravidele cu miom uterin intramural comparativ cu datele publicate în literatura de specialitate. Astfel, iminența de naștere prematură a fost constatată la 22 femei ($31,43 \pm 5,55\%$) din lotul de bază și la 3 femei ($6,00 \pm 3,36\%$) din lotul control, diferențele fiind statistic semnificative ($p < 0,001$). Gestozele, de asemenea, reprezintă un grup de complicații care se întâlnesc frecvent la gravidele cu miom uterin și constituie 15 - 20% cazuri [6]. În cadrul studiului prezent, disgravidii precoce au fost determinate la 12 gravide din lotul de bază ($17,14 \pm 4,50\%$) și la 6 ($12,00 \pm 4,59\%$) din lotul control, diferențele fiind statistic nesemnificative ($p > 0,05$). Rezultatele obținute sunt similare cu cele descrise în literatura de profil. Necroza nodulilor miomatoși este una dintre complicațiile grave întâlnite în sarcina asociată cu miom uterin și se poate declanșa la orice termen de gestație. Conform datelor literaturii, frecvența acestei complicații variază de la 6 - 18% [7, 13, 10].

În cadrul studiului prezent, necroza nodulului miomatos s-a produs în 2 cazuri constituind $2,86 \pm 1,99\%$. Astfel, incidența înregistrată de noi este inferioară acestor limite, constituind $2,86 \pm 1,99\%$, fiind însă comparabile cu datele obținute în studiile efectuate de Strobel N., conform cărora necroza nodulilor miomatoși pe parcursul sarcinii se întâlnește doar în 1,5% cazuri [12]. Miomectomie în sarcină au suportat 2 gravide din lotul de bază, reprezentând $2,86 \pm 1,99\%$, iar apoplexia utero-placentară s-a constatat în 2 cazuri ($2,86 \pm 1,99\%$). Conform datelor literaturii, inserția joasă a placentei la gravidele cu miom uterin se întâlnește în 1,6 - 4% cazuri. În cadrul studiului nostru această complicație s-a depistat în $2,86 \pm 1,99\%$ cazuri, rezultatele fiind comparabile cu cele publicate în literatura de specialitate [4, 5, 8, 11]. Studiarea gradului de insuficiență fetoplacentară la gravidele lotului de bază și la cele din cadrul lotului control au pus în evidență următoarele: din 50 gravide cu miom uterin la 10 ($14,28 \pm 4,18\%$) au fost depistate diferite grade de insuficiență fetoplacentară. Astfel, gradul I de insuficiență fetoplacentară a fost determinat în 5 cazuri ($7,14 \pm 3,08\%$), gradul II – în 3 cazuri ($4,28 \pm 2,42\%$) și gradul III – în 2 cazuri ($2,86 \pm 1,99\%$). În cadrul lotului control au fost înregistrate 2 cazuri ($4,00 \pm 2,77\%$) de insuficiență fetoplacentară gradul I (fig.1). Rezultatele noastre sunt similare cu cele obținute în studiile efectuate de Dilucca D., în care se menționează că insuficiența fetoplacentară se întâlnește în 14 - 30% sarcini asociate cu miom uterin [5].

Această patologie prezintă un factor de risc major în apariția retardului de dezvoltare intrauterină a fătului. În cadrul studiului prezent, retard de dezvoltare intrauterină a fătului s-a depistat la 10 gravide din lotul de bază ($14,28 \pm 4,18\%$), iar în cadrul lotului control această complicație a fost înregistrată la 2 gravide ($4,00 \pm 2,77\%$).

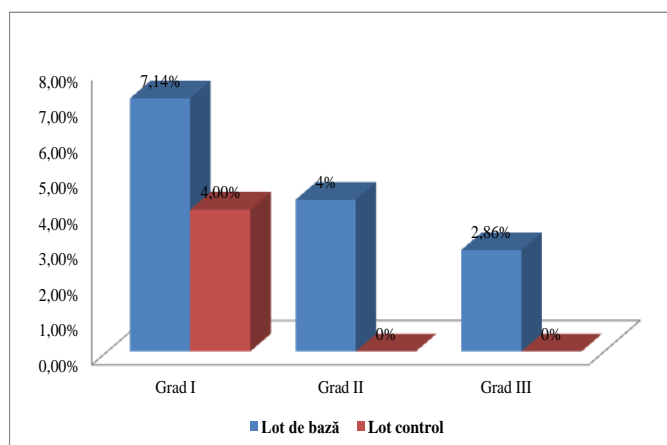


Figura 1. Gradul insuficienței placentare la gravidele incluse în studiu.

Din datele referitoare la cantitatea hemoragiei în timpul nașterii fiziologice la gravidele cu miom uterin și la cele din lotul control am stabilit: hemoragie în volum de 200 - 250 ml au avut 12 paciente cu miom uterin ($42,86 \pm 9,36\%$) și 23 paciente ($53,49 \pm 7,61\%$) din cadrul lotului control ($p > 0,05$). Hemoragie de 251 - 300ml s-a înregistrat în 6 cazuri ($21,43 \pm 7,75\%$) la pacientele cu miom uterin, iar la cele din lotul control în 19 cazuri ($44,19 \pm 7,57\%$) ($p < 0,05$). Hemoragia cu volumul de 301 - 350 ml și respectiv, 351 - 400 ml s-a înregistrat la câte o pacientă cu miom uterin din lotul de bază ($3,57 \pm 3,51\%$), iar în cadrul lotului control hemoragie în volum de 300 - 350 ml nu a fost înregistrată. Volumul hemoragiei cuprins în limitele de 351 - 400 ml s-a înregistrat într-un singur caz în lotul control, ceea ce a constituit ($2,32 \pm 2,29\%$). La 2 paciente cu miom uterin ($7,14 \pm 4,87\%$) s-a stabilit hemoragie cuprinsă între 601 - 650ml, iar la 5 paciente cu miom uterin ($17,86 \pm 7,24\%$) s-au produs hemoragie de 651 - 700 ml. Hemoragie care depășește limitele fiziologice admisibile în cadrul lotului control nu s-a înregistrat (tabelul 1).

Volumul hemoragiei în timpul nașterii fiziologice la pacientele incluse în studiu

Volumul hemoragiei, ml	Lotul de bază		Lotul control		P
	Nr. absolut cazuri	M±m,%	Nr. absolut cazuri	M±m,%	
200-250	12	42,86±9,35%	23	53.49±7,61%	>0,05
251-300	6	21,43±7,75%	19	44,19±7,57%	<0,05
301-350	1	3,57±3,51%	0	0	
351-400	1	3,57±3,51%	1	2,32±2,29%	>0,05
401-450	0	0	0	0	-
451-500	0	0	0	0	-
501-550	0	0	0	0	-
551-600	2	7,14±4,87%	0	0	-
601-650	1	3,57±3,51%	0	0	-
651-700	5	17,86±7,24%	0	0	-

Astfel, din cele 28 gravide cu miom uterin, care au născut pe cale vaginală, în 8 cazuri (28,57±8,54%) nașterea s-a complicat cu hemoragie patologică, cuprinsă în limitele de volum de 550-700 ml (tabelul 1). În studiile mai multor autori se menționează că frecvența anomaliilor de poziție a fătului în caz de miom uterin este mai mare decât în lipsa acestuia. Corespunzător datelor publicate în literatură, frecvența acestei complicații constituie circa 20,8%-24,0%. În opinia altor cercetători, Вихляева Е.М. și Палади Г.А. frecvența anomaliilor de poziție a fătului în caz de miom uterin nu este mai mare decât la gravidele fără miom [15]. Analiza datelor referitoare la situarea fătului în uter la gravidele incluse în studiu ne-a permis să stabilim că din numărul total de gravide cu miom uterin intramural, la 42 gravide (88,37±3,80%) s-a determinat situs longitudinal al fătului în uter. Situs transversal a fost întâlnit în 7 cazuri (10,00±3,58%), iar cel oblic – într-un singur caz (1,43±1,42%). Pentru gravidele din lotul control, în 48 cazuri (96%±2,77%) s-a înregistrat situsul longitudinal al fătului, iar în 2 cazuri 4,00±2,77% - situsul transversal. Astfel, datele obținute în cadrul studiului nostru indică prezența anomaliilor de prezentație a fătului la 11,43% dintre gravidele cu miom uterin intramural, aceste date fiind similare cu cele obținute de Batoniak B., Stomko Z., et al.[2]. O complicație frecventă în timpul nașterii la parturientele cu miom uterin intramural este insuficiența forțelor de contracție. În cadrul studiului nostru această complicație s-a întâlnit în 11,43±3,80% cazuri în lotul de bază la pacientele cu miom uterin. În 8,57±3,34% cazuri insuficiența forțelor de contracție a fost primară, iar în 2,86±1,99% cazuri insuficiența forțelor de contracție a fost secundară (figura 2).

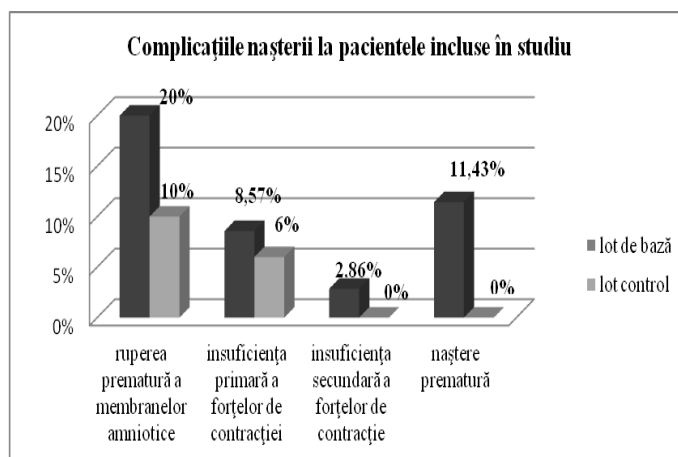


Figura 2. Complicațiile nașterii la pacientele incluse în studiu

În cadrul studiului s-a atras o atenție deosebită asupra datelor referitor la hemoragia din timpul operațiilor cezariene efectuate la gravidele cu miom uterin intramural.

Tabelul 2

Estimarea volumului hemoragiei în timpul operației cezariene la pacientele incluse în studiu

Volumul hemoragiei (ml)	Lotul de studiu	Lot control	p
	M±m,%	M±m,%	
400-700	21,43±6,33	57,14±18,70	<0,05
700-1000	71,43±6,97	42,86±18,70	<0,05
1000-1200	7,14±3,97	0,0%	-

Complicația de bază, care poate surveni în caz de miemectomie în timpul operației cezariene este hemoragia masivă, ca urmare a extinderii volumului intervenției. În caz de miom uterin în organismul femeii se produc modificări, care determină acutizarea hemoragiei, manifestându-se prin reducerea fracției albuminelor, scăderea volumului de sânge circulant, anemie, dereglarea funcției ficatului și reducerea imunității [56, 64]. Din aceste considerente în timpul operației cezariene la pacientele cu miom uterin, chiar și fără extinderea volumului operator, hemoragia poate fi considerabilă, determinând complicații severe. Dacă în timpul unei operații cezariene simple hemoragia constituie 500 – 1000 ml, atunci în caz de cezariană asociată cu miomectomie sau histerectomie, cantitatea hemoragiei crește în medie până la 1300 ml [15].

Astfel, rezultatele studiului atestă un volum mai mare al hemoragiei intraoperatorii în timpul operației cezariene la pacientele cu miom uterin comparativ cu cele fără miom. Din datele descrise putem concluziona că volumul hemoragiei intraoperatorii este determinat de localizarea, dimensiunile și numărul nodulilor miomatoși.

Discuții

În ultimii ani obstetricienii se confruntă tot mai frecvent cu problema conduitei nașterii în prezența miomului uterin localizat intramural. Evoluția sarcinii, conduita obstetricală cât și metodele rezolvării sarcinii (modalitatea nașterii), în aceste cazuri au anumite particularități. Autorii Paladi Gh. și Вихляева Е.М. susțin că majoritatea parturientelor cu miom uterin intramural nasc pe cale fiziologică. În același timp autorii menționează că există riscul că în unele cazuri nașterea fiziologică să se transforme în una patologică, datorită complicațiilor survenite, prezentând astfel un pericol atât pentru viața mamei, cât și pentru cea a fătului [6, 14]. Conform datelor obținute de Стрижаков А.Н., într-un studiu clinic care a inclus 257 parturiente cu miom uterin, 71,6% femei au născut pe cale fiziologică, iar restul 28,4% au fost supuse operației cezariene [21]. În studiul prezent din cele 50 de parturiente cu miom uterin intramural, doar 40% au născut pe cale fiziologică, iar 60% au fost supuse operației cezariene, fenomen ce se explică prin frecvența înaltă a complicațiilor și riscurile implicate de dimensiunile mari ale nodulilor miomatoși intramurali și, desigur, existența mai multor cazuri de uter miomatos multinodular [22]. Conform datelor obținute de Лорытова Л.С. et al., din 48 parturiente cu miom uterin, care au născut prin intermediul operației cezariene, în 32 cazuri (66,67%) operația cezariană a fost planificată, iar la 16 femei (33,33%) aceasta a fost realizată în mod urgent [18]. Datele din studiul prezent indică o rată mai mare a operațiilor cezariene programate la gravidele cu miom uterin intramural, comparativ cu studiul realizat de Лорытова Л.С. et al. [18]. Astfel, din numărul total de operații cezariene, 80,95% au fost efectuate în mod planificat, iar 19,05% - în mod urgent. Datele obținute de noi sunt comparabile cu cele obținute de Курцер М.А., care afirmă că cea mai frecventă indicație pentru operația cezariană la gravidele cu miom este miomul multinodular [16]. Gudmusson S. afirmă că insuficiența forțelor de contracție la gravidele cu miom uterin intramural se întâlnește de 2 ori mai frecvent decât la cele fără miom uterin [3]. Se constată, că funcția contractilă a uterului miomatos intramural este considerabil redusă comparativ cu a uterului neafectat de miom [19].

În cadrul studiului nostru am stabilit că frecvența insuficienței forțelor de contracție la gravidele cu miom intramural a fost de 2 ori mai mare comparativ cu cele din lotul control.

Rezultatele studiului prezent sunt în concordanță cu datele publicate în literatura de specialitate, conform cărora insuficiența forțelor de contracție la parturientele fără miom uterin se întâlnește cu o frecvență de 1,6 - 18,6%, în timp ce la cele cu miom uterin acest indice crește până la 36,7%, fiind de 2 ori mai mare [12, 14, 15, 18, 19].

Concluzii

Acest studiu ne-a permis evaluarea particularitatilor și complicațiilor materno-fetale a sarcinilor asociate cu miom uterin intramural, prin evidențierea importanței managementului corect al acestor gravide. Sarcina la gravide cu miom uterin localizat intramural se complică frecvent cu iminență de avort, iminență de naștere prematură, gestoze, RDIU. De asemenea au fost evidențiate astfel de complicații ca: placenta praevia și necroza nodului miomatos. Operația cezariană este conduita obstetricală cel mai frecvent adoptată la pacientele cu miom uterin, cu o rată 60,0%. Rezultatele obținute demonstrează, că sarcina asociată cu miom uterin intramural este o sarcină cu risc crescut din cauza complicațiilor multiple.

În baza celor menționate, în urma cercetării efectuate, remarcăm următoarele date:

- Nașterea la gravidele cu miom uterin intramural se complică frecvent cu ruperea prematură a membranelor amniotice, insuficiența forțelor de contracție și hemoragie hipotonă. Prezența miomului uterin intramural mărește riscul dezvoltării insuficienței fetoplacentare, a retardului de dezvoltare intrauterină și a apoplexiei utero-placentare.

- Evoluția complicată a nașterii determină frecvența înaltă a intervențiilor chirurgicale la gravidele cu miom uterin intramural.

- Operația cezariană este conduita obstetricală cel mai frecvent adoptată la pacientele cu miom uterin intramural (60,0%).

- Pacientele cu miom uterin intramural se caracterizează printr-un volum mai mare al hemoragiei în timpul nașterii sau operației cezariene. Volumul hemoragiei intraoperatorii este determinat de localizarea, dimensiunile și numărul nodurilor miomatoși.

Bibliografie

1. Aydeniz B., Wallwiener D., Kocer C., Grische E.M., Diel I.J., Sohn C., Bastert G. Significance of myoma-induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement. *Geburtshilfe Neonatal* 1998; 202(4):154-8.
2. Batoniak B., Stomko Z., Malewski Z., Drews K., The incidence of uterine leiomyomas in pregnancy and their influence upon its course. *Ginecol. Pol.* 2002 Apr. 73(4): 260-5
3. Davis J.L., Ray-Mazumder S., Hobel C.J. et al. Uterine leiomyomas in pregnancy: a perspective study. *Obstet. Ginecol* 1990 Jun; 75(1):41-4
4. Daz Baird, D.Dunson, D.B. Why is parity protective for uterine fibroids?
5. Dilucca D. Fibrome et grossesse. A propos de 476 cas. *These Paris* 2001. P.32-34.
6. Gladun E., Ciobanu V., Terapia chirurgicală a miomului uterin-miomectomia subtotală cu păstrarea vascularizării endometrului. *Recomandări metodice. Chișinău*, 1999. 17p.
7. Kommos F., DeGregorio G., Strittmater B., Pfisterer I., Karck U, Zahradnikh P., Beckwold M., Obstetric complications, incidence and indications of cesarian section in uterus myomatosus 1993 Aug; 53(8):564-7.
8. Munteanu Ioan, *Tratat de obstetrică*, Ed. Medicală București, 2000, p.164-277
9. Paladi Gh. *Ginecologie endocrinologică*. Chișinău 1999, p.201-16.
10. Rasmussen K.L., Knudsen H.J. Effect of uterine fibromas and pregnancy. 1994, Dec. 19-156(51); 7668-70.
11. 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.
12. Strobelt N., Ghidini A., Cavallone M. et al., Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. *J. Ultrasound Med.* 1994 May; 13(5); 399-401.

13. Ştemberg M., Gladun E., Friptu V., Corolcova N. Obstetrică practică. Chişinău, 2004, p.227-231.
14. Thibaud S., Lopes P., Simonnet et al. Fibrome et grossesse: Quels sont les risques? J. Gynecol. Obstet.Biol. Reprod. 1999; 28: 772-777.
15. Вихляева Е.М., Палади Г.А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. Кишинев. Штиинца, 1982, 300с.
16. Доронин Г.Л. Особенности клического течения и искусственного прерывания беременности в ранние сроки у больных миомой матки. Харьков, 1985, 161с.
17. Курцер М.А., Лукашина М.В., Тищенко Е.П. Консервативная миомектомия во время кесарева сечения. Москва. Медицина.2007, 12с.

COMPLICAȚIILE SEPTICE PUERPERALE. FACTORI DE RISC

(Reviul literaturii)

Vladimir Iacomi

(Conducător științific – Natalia Corolcova, dr., conf. univ.)
Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Septic puerperal complications.Risk factors (Literature review)

This review will shortly summarize the latest facts about septic complications in the puerperium and mention the impact of the risk factors upon maternal health. The importance of postpartum genital tract flora change, operative delivery quality standard, as well as medical and social factors, is primary for the beginning of the afterbirth complications. Currently, the main aim is the prevention of septic complications in the puerperium, through finding out the factors that contribute to this, including the delivery through caesarean section. On the other hand, the rising number of operative delivery and invasive investigations will lead to high frequency of complications after birth. The level of maternal death reflects the quality of the health care system, women access to appropriate health care, evaluates the risks of pregnancy and birth, women's health and social and economic status, as well as the overall society development.

Rezumat

Articolul reprezintă revista literaturii în care sunt descrise date recente referitor la complicațiile septice puerperale și impactul factorilor de risc asupra sănătății materne. Importanța modificării biocenozei căilor genitale postpartum, a standardului calității rezolvării operatorii a sarcinii cât și a factorilor medico-sociali, este primordială în apariția și evoluția complicațiilor după naștere. Actualmente, se pune accent pe prevenirea complicațiilor septice puerperale, prin elucidarea factorilor predispozanți, precum ar fi rezolvarea operatorie a sarcinii. Pe de altă parte, creșterea numărului de operații cezariene și a investigațiilor invazive, vor duce la sporirea frecvenței complicațiilor după naștere. Nivelul mortalității materne reflectă calitatea sistemului ocrotirii sănătății, accesul femeii la asistența medicală, corespunzătoare necesităților ei, evaluează riscurile sarcinii și nașterii, sănătatea femeii și statutul ei social și economic, precum și dezvoltarea societății în ansamblu.

Introducere

Actualmente obstetrica și ginecologia se confruntă cu diverse probleme una dintre ele fiind afecțiunile septico-purulente din perioada puerperală care sporesc vădit indicele mortalității materne [9,11,22,25,29]. În pofida faptului aplicării pe larg a tehnicilor standard de asepsie în timpul nașterii vaginale sau prin operație cezariană, infecțiile postpartum rămân a fi o sursă însemnată de mortalitate maternă [11,16,25,27,29,35]. Febra puerperală și sepsisul sunt cauze principale ale morbidității și mortalității materne nu doar în țările slab dezvoltate, în curs de