

6. Huntley A.L., Coon J.T., Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;191(1): 36–44.

7. Jones L., Othman M., Dowswell T. et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

8. Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J., Dowswell T., Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Sao Paulo Med J*, 129 (2011), p. 362

9. Leeman L., Fontaine P., King V., Klein M.C., Ratcliffe S. The nature and management of labor pain: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician* 2003;68(6):1109–12.

10. Silva Gallo R.B., Santana L.S., Jorge Ferreira C.H. et al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *J Physiother* 2013, 59: 109–116.

11. Simkin P.P., O'Hara M.A. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186(5):131–159.

12. Wunsch M.J., Stanard V., Schnoll S.H. Treatment of pain in pregnancy. *Clinical Journal of Pain* 2003;19(3):148–55.

© Rodica Catrinici, Alina Varzari, Diana Mitriuc

Rodica Catrinici, Alina Varzari, Diana Mitriuc
FACTORII DE RISC ȘI PARTICULARITĂȚILE DE EVOLUȚIE A SARCINII POSTTERMEN
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 1*

SUMMARY

RISK FACTORS AND PARTICULARITIES OF EVOLUTION OF POSTTERM PREGNANCY

Key words: postterm pregnancy, risk factors

The post-term pregnancy remains a current problem, due to the large number of complications occurring during childbirth and the increased rate of obstetric interventions due to this pathology. The study on the thesis was performed retrospectively discriminative and its purpose was to determine of the risk factors and the evolutionary particularities in the post-term pregnancy. Anamnestic-clinical data and pregnancy evolution have highlighted the following risk factors for post-term pregnancy: primiparity – 66,3% ($p < 0,001$), delayed menarche 54,0%, irregular menstrual cycle – 59,4% ($p < 0,001$) and ($p > 0,05$), aggravated gynecological and obstetrical anamnesis – 45,46% ($p > 0,05$), extragenital anamnesis – 57,2% ($p > 0,05$). Natural childbirth – 83,8% ($p < 0,001$), caesarean section – 16,2% ($p < 0,001$).

РЕЗЮМЕ

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ключевые слова: переносенная беременность, факторы риска

Переносенная беременность остаётся актуальной проблемой из-за большого числа осложнений, возникающих во время родов и из-за увеличения частоты акушерских вмешательств, обусловленных данной патологией. Исследование было ретроспективным описательным, главной целью которого явилось определение факторов риска и особенностей течения переносенной беременности. Клинико-анамнестические данные и течение беременности выявили следующие факторы риска переносенной беременности, как: первые роды (первородящие) – 66,3% ($p < 0,001$), позднее менархе – 54,0%, нерегулярный менструальный цикл – 59,4% ($p < 0,001$) и ($p > 0,05$), осложненный акушерский и гинекологический анамнез – 45,46% ($p > 0,05$), экстрагенитальный анамнез – 57,2% ($p > 0,05$). Роды через естественные родовые пути встречались в 83,8% ($p < 0,001$), а кесарево сечение – 16,04% ($p < 0,001$) случаев.

Actualitatea problemei. Sarcina posttermen a fost și rămâne o problemă actuală în obstetrica contemporană. Se definește ca sarcina ce se prelungește mai mult de 42 săptămâni de gestație, poate evolua cu suferință intrauterină a fătului și se poate finaliza cu nașterea unui nou-născut cu semne biologice de postmaturare. Actualitatea problemei sarcinii posttermen rămâne foarte relevantă pentru obstetrica contemporană, în pofida progreselor medicinei perinatale, datorită incidenței sporite a proceselor patologice legate atât de actul de naștere cât și de starea fătului, ceea ce duce la o creștere a mortalității perinatale, complicațiilor materne, o sporire a numărului de intervenții obstetricale.

Scopul studiului. Determinarea factorilor de risc și a particularităților de evoluție în sarcinile posttermen.

Material și metode. Studiul a fost efectuat pe perioada de timp cuprinsă între anii 2016 – 2017, au fost analizate 16180 nașteri din cadrul IMSP SCM nr.1. Studiul de cercetare prezentat este unul retrospectiv descriptiv. Eșantionul de cercetare a inclus 337 paciente divizate în două loturi: lotul de studiu – 187 gravide cu termenul sarcinii > 41 săptămâni de gestație, și lotul de control – 150 paciente cu sarcina la termen. Loturile au fost evaluate în baza metodei de chestionar și comparate după multiple criterii precum: vârsta, datele anamnestice obstetrical-ginecologice și somatice ale gravidei, evoluția sarcinii, complicații ce au apărut pe parcursul sarcinii și nașterii. Pentru analiza rezultatelor au fost utilizate programele statistice: Statistica 6.0 (Statsoft Inc), EXCEL și SPSS 16.0 (SPSS Inc), pragul de semnificație ”p”.

Rezultate și discuții. Paritatea are un rol important în determinarea riscului de apariție a sarcinii posttermen, iar primiparelor le revine rata cea mai înaltă [10]. Conform rezultatelor studiului nostru, sarcina posttermen s-a întâlnit mai frecvent printre primipare, cu o rată de 66,3±6,7% de cazuri din lotul de cercetare, secundiparele au constituit 22,5±5,8%, iar multiparelor le-au revenit 11,2±4,5% de cazuri. Sarcinilor la termen, la fel, le este caracteristică incidența cea mai mare printre primipare – de 75,8±6,8% ($p<0,001$) (fig. 1).

Postmaturitatea sarcinii se întâlnește adesea la femeile cu menarhă târzie (după 15 ani) și cu o instalare târzie a ciclului menstrual regulat [7, 8]. Majoritatea autorilor sunt de părere că există o corelație directă între durata ciclului menstrual și durata sarcinii [4]. La fel, există cercetări conform cărora dereglările ciclului menstrual au dus la o creștere a duratei sarcinii [10].

În urma studiului efectuat, analizând datele anamnestice, am constatat că dereglarea menstruală are o rată destul de înaltă. În lotul de cercetare apariția târzie a menarhei a constituit 54,0±7,14% de cazuri, iar în lotul de control – 5,4±3,62% cazuri; ciclul menstrual neregulat s-a determinat în 59,4±7,04%

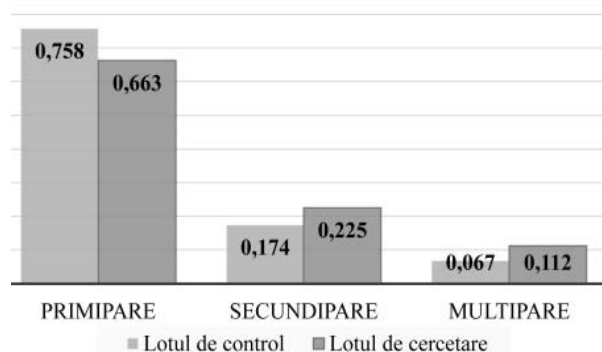


Fig. 1. Paritatea gestantelor incluse în studiu (%).

de cazuri printre gestantele din lotul de cercetare și, respective, 15,4±5,8% cazuri în lotul de control ($p>0,05$).

În dezvoltarea sarcinii posttermen, un anumit rol le revine tulburărilor hormonale în organismul femeii, deoarece incidența dereglărilor endocrine este destul de mare, de 18,3%. Un important factor etiologic al sarcinii posttermen îl prezintă dereglările funcționale ale SNC – din cauza lipsei dominantei nașterii se dereglează legătura dintre SNC și organele periferice. Alți factori care pot cauza sarcina posttermen sunt maladiile sistemului cardiovascular, patologii renale, dereglarea metabolismului lipidic, mastopatiile, patologii ginecologice (miom uterin, hiperandrogenie, infertilitate) [1, 2, 3].

În baza cercetărilor efectuate, analizând datele anamnestice, am constatat că la pacientele cu sarcină posttermen din lotul de cercetare, prezența anamnezei obstetricale complicate și patologiei extragenitale se atestă la un nivel destul de ridicat.

Analiza afecțiunilor extragenitale pe fondul cărora s-a dezvoltat sarcina posttermen demonstrează că predomină patologii renale – 12,3±3,67% cazuri, urmate de afecțiunile tractului digestiv (gastrita acută și cronică, ulcerul gastric și duodenal, colecistita calculoasă și acalculoasă, pancreatita cronică și hepatitele virale) – 9,0±5,71% cazuri, neurologice cu traumatisme cerebrale în anamneză – 8,6±4,97% cazuri, patologia sistemului cardiovascular – 6,4±1,6% cazuri (tab. 1).

Din patologii ginecologice, cea mai înaltă rată a avut-o boala inflamatorie pelvină cu 8,7±4,53% cazuri în lotul de control și 21,9±5,93% cazuri în lotul de cercetare ($p<0,01$). Au urmat TORCH-infecțiile cu 2,7±2,6% cazuri și, respectiv – 21,4±5,88% cazuri ($p<0,001$). Prin urmare, din rezultatele obținute putem afirma că la pacientele din lotul de studiu, pe lângă multe alte premise de dezvoltare a unei sarcini posttermen, factorul infecțios, patologii ginecologice, precum și anamneza obstetricală complicată au avut un rol primordial, dar poate și decisiv în acest mecanism (tab. 2).

Tabelul 1.

Patologiile extragenitale determinate la pacientele din studiu (%)

Patologiile extragenitale	lotul de control		lotul de cercetare		p
	n	P±ES%	n	P±ES%	
Patologii renale	16	10,6±2,3	23	12,3±3,67	<0,01
Afecțiuni ale tractului digestiv	11	7,3±2,1	17	9,0±5,71	>0,05
Patologii cardiovasculare	10	6,7±1,8	16	8,6±4,97	<0,01
Patologii neurologice	8	5,4±2,5	12	6,4±1,6	<0,01

Tabelul 2.

Structura patologiilor obstetricale și ginecologice la pacientele din studiu (%)

Patologii obstetricale și ginecologice	lotul de control		lotul de cercetare		p
	n	P±ES%	n	P±ES%	
Menarhă târzie	8	5,4±3,62	101	54,0±7,14	>0,05
Ciclu menstrual neregulat	23	15,4±5,8	111	59,4±7,04	>0,05
Avorturi în anamneză	12	8,1±4,37	37	19,9±4,71	>0,05
Miom uterin	5	3,4±2,89		3,7±2,72	<0,01
BIP	13	8,7±4,53	41	21,9±5,93	<0,01
TORCH- infecțiile	4	2,7±2,6	40	21,4±5,88	<0,001

Datele studiului efectuat denotă că majoritatea sarcinilor au evoluat pe un fundal de gestație patologică. Cea mai înaltă rată le revine anemiilor – 20,9±5,82% cazuri în lotul de cercetare și respectiv 12,1±5,23% în lotul de control. În 4,0±3,16% cazuri, s-a întâlnit iminența de avort spontan precoce în lotul de control și de 5,3±3,22% cazuri în lotul de cercetare, pe locul doi situându-se iminența de avort spontan tardiv cu o rată de 0,7±2,72% cazuri în lotul de control și de 5,9±3,37% cazuri în lotul de cercetare. Toate aceste paciente au urmat tratament hormonal pentru a menține sarcina, fapt ce a și condiționat, într-o mare parte, dezvoltarea ulterioară a sarcinii posttermen.

Sarcina posttermen este adesea însoțită de patologia lichidului amniotic, și anume de oligoamnios, apărut drept consecință a scăderii debitului cardiac și creșterii rezistenței în vasele renale. Acest fapt cauzează micșorarea fluxului și perfuziei renale, ca rezultat scade producția de urină de către făt, dezvoltându-se astfel oligoamniosul [5, 7, 10].

În urma studiului efectuat am constatat cu certitudine că cea mai înaltă incidență a oligoamniosului se determină printre sarcinile posttermen, cu o rată de 5,9±1,3%, comparativ cu 1,4±0,7% cazuri atestate la sarcinile la termen, unde prevalează polihidramniosul.

Semnele de îmbătrânire a placentei manifestate prin calcinate, infarcte, depuneri adipoase și subțiere s-au manifestat la pacientele din lotul de control cu o rată de 6,0±3,83%, dintre care 81,8±2,07% în lotul gravidelor cu sarcină posttermen. Diferențele de grup sunt statistic autentice ($p < 0,05$). Deci, patologia anexelor în cadrul sarcinii posttermen rămâne la un nivel destul de ridicat, cu consecințe ulterioare nefaste asu-

pra stării și dezvoltării intrauterine a fătului, precum și pentru evoluția nașterii și complicarea acesteia.

Conform datelor literaturii contemporane, frecvența operațiilor cezariene în timpul travaliului în sarcina posttermen este de 2,59% mai mare, în raport cu nașterile la termen, fapt datorat lipsei de progresiune a fătului (riscul relativ fiind de 2,99%) și suferinței fetale (riscul relativ fiind de 1,3%) [10].

În cadrul studiului efectuat, am constatat că la gestantele din lotul de cercetare, cu sarcină posttermen, nașterea s-a finalizat pe cale naturală în 157 cazuri, ceea ce constituie 83,96±2,07% iar prin operație cezariană în 30 de cazuri, ceea ce constituie 16,04±4,86% cazuri, pe când în lotul de control operațiile cezariene au avut o rată de doar 7,3±2,07%. Indicațiile de bază în lotul de cercetare au fost: hipoxia acută și progresantă a fătului, distocia travaliului, bazinul clinic strâmtat și ineficiența inducției travaliului (fig.2). Această constatare de date ne confirmă o dată în plus cât de mult

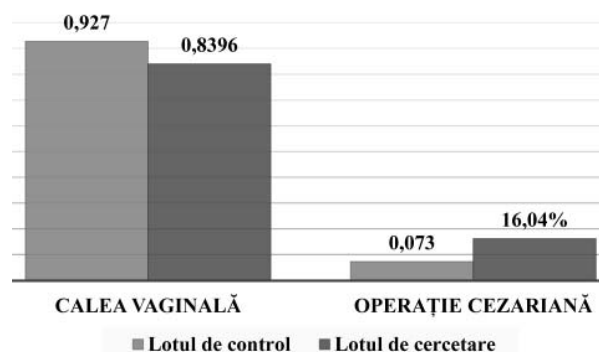


Figura 2. Modalitatea de naștere (%).

crește rata operațiilor cezariene conform indicațiilor în caz de sarcini posttermen.

Conform rezultatelor studiului nostru, nou-născuții din sarcină posttermen în 95% de cazuri au prezentat semne de supramaturitate. În general starea nou-născuților la naștere a fost satisfăcătoare, rata cea mai mare înregistrându-se în grupul apreciat cu 7-8 puncte pentru nașterile posttermen ($43,9 \pm 7,11\%$), iar printre nașterile la termen cei mai mulți nou-născuți au fost apreciați cu 8 și mai multe puncte în 84 cazuri, ceea ce constituie $56,4 \pm 7,96\%$ și în 40 de cazuri ($26,8 \pm 7,12\%$) cu 7-8 puncte. Un număr relativ mare de nou-născuți din nașteri posttermen au fost apreciați cu o notă mai mică de 7 puncte – 49 de cazuri ($26,2 \pm 6,3\%$) au fost apreciați cu 6-7 puncte și 23 de cazuri ($12,3 \pm 4,71\%$) din numărul total al nou-născuților din lotul de cercetare s-au născut într-o asfixie medie, având scorul Apgar 3-5, ceea ce demonstrează că suferința fetală în rândul celor supramaturați are o incidență destul de mare.

Un factor de risc este macrosomia care s-a întâlnit la un nivel foarte înalt printre sarcinile posttermen, având o rată de $11,8 \pm 4,62\%$ cazuri, comparativ cu cele $6,7 \pm 4,02\%$ din nașterile la termen. Prevalența nou-născuților macrosomi este practic de 2 ori mai mare comparativ cu lotul control ($p < 0,05$). Macrosomia s-a soldat cu următoarele complicații: distocia de umerși, paralizia plexului brahial, traumatismul fetal manifestat prin cefalohematom, în $2,0 \pm 0,71\%$ cazuri și fractură de claviculă – $3,1 \pm 1,8\%$ cazuri în lotul de cercetare.

Concluzii.

1. Analiza datelor anamnestice ale pacientelor din studiu ne-au conturat următorii factori de risc de dezvoltare a sarcinii posttermen: primiparitatea ($66,3 \pm 6,7\%$), menarha târzie ($54,0 \pm 7,14\%$), ciclul menstrual neregulat ($59,4 \pm 7,04\%$), unul sau mai multe avorturi în anamneză ($19,9 \pm 4,71\%$), boala inflamatorie pelvină $21,9 \pm 5,93\%$, miomul uterin ($3,7 \pm 2,72\%$), patologii somatice renale ($12,3 \pm 3,67\%$), anemiile ($20,9 \pm 5,82\%$), afecțiunile tractului digestiv ($9,0 \pm 5,71\%$), neurologice ($8,6 \pm 4,97\%$), cardiovasculare ($6,4 \pm 1,6\%$).

2. În urma studiului efectuat am constatat că la gestantele din lotul de cercetare, nașterea s-a finalizat pe cale naturală în 157 cazuri, ceea ce constituie $83,8 \pm 2,07\%$, iar prin operație cezariană - în 30 de cazuri, ceea ce constituie $16,2 \pm 4,86\%$, sau de două ori mai mult decât în lotul de control, unde operațiile cezariene au avut o frecvență de $7,3 \pm 2,07\%$. Indicațiile de bază pentru operația cezariană au fost: hipoxia acută și progresantă a fătului, distocia travaliului, bazinul clinic strâmtat și ineficiența inducției travaliului.

3. La general starea nou-născuților la naștere din lotul de cercetare a fost apreciată ca satisfăcătoare, în 100% cazuri, ei fiind apreciați cu 7-8 puncte după scorul Apgar în $43,9 \pm 7,11\%$ de cazuri, cu 6-7 puncte în $26,2 \pm 6,3\%$ de cazuri; totuși 23 de nou-născuți ($12,3 \pm 4,71\%$) s-au născut într-o asfixie medie, fiind apreciați cu 3-5 puncte.

4. Macrosomia fetală s-a apreciat în $11,8 \pm 4,62\%$ cazuri în lotul de cercetare, comparativ cu $6,7 \pm 4,02\%$ cazuri din lotul de control, traumatismul fetal în lotul de cercetare s-a manifestat prin cefalohematom, în $2,0 \pm 0,71\%$ cazuri, și fractură de claviculă într-un caz ($3,1 \pm 1,8\%$), pe când în lotul de control aceste complicații nu au fost atestate.

5. Patologia anexelor fetale, manifestată prin oligoamnios, s-a depistat în $5,9 \pm 3,07\%$ cazuri în lotul de cercetare, comparativ cu $1,4 \pm 1,05\%$ cazuri în lotul de control, semnele de îmbătrânire a placentei cu o rată foarte înaltă de $81,8 \pm 2,07\%$ în lotul de cercetare, comparativ cu doar $6,0 \pm 3,83\%$ cazuri determinate în lotul de control, denotă o dată în plus incidența sporită a hipoxiei intrauterine a fătului în cazul sarcinii posttermen.

Bibliografie

1. Munteanu I. Tratat de Obstetrică, Buc., 2000. 508-527 p.
2. Paladi G., Cernetchi O. Obstetrică patologică, Vol. II, Ch., 2007, 267-273, 582-604 p.
3. Ștemberg M., Gladun E., Friptu V. Obstetrica fiziologică, Ch., 2001. 135-202 p.
4. Alfirevic Z., Stampaliya T., Gillian GML. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. Cochrane Database Syst Rev. 2010
5. American College of Obstetricians and Gynecologists: Management of post-term pregnancy. Practice Bulletin. № 55, 2004. 23-45 p.
6. Zeitlin J, Blondel B, Alexander S, et al. Variation in rates of postterm birth in Europe: reality or artefact BJOG 2007; 114:1097
7. Вученович Ю.Д., Князев С.А., Заякина Л.Б. и др. Переношенная беременность: влияние паритета. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2007. № 5.
8. Димидов В.Н. Ультразвуковая биометрия плода при физиологически развивающейся беременности (нормативы и сравнительная точность). Клиническая визуальная диагностика. М., 2000. 5-18 с.
9. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Тимохина Е.В., Рыбин М.В. Переношенная беременность, 2006. 34-50 с.
10. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовый период. Руководство. Гэотар-Медиа., 2006. 272 с