

IU. CARAUȘ, TATIANA CARAUȘ

SPECIFICUL OBSTETRICII LA 40 ANI DE LA FONDAREA MATERNITĂȚII INSTITUTULUI MAMEI ȘI COPILULUI

IMSP Institutul Mamei și Copilului (director – dr. șt. med, S. Gladun)

În amintirea titanilor

Prof., dr. hab. Dul Eugen Gladun

Prof., dr. hab. Dul Petru Stratulat

Conf, dr. med. Dul Mihai Moldovanu

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСТВА СПУСТЯ 40 ЛЕТ ОТ ОСНОВАНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА ИНСТИТУТА МАТЕРИ И РЕБЕНКА

С началом деятельности родильного дома больше практиковалась классическое акушерство с приемом большого количества родов при низкой хирургической активности. После создания 3-х уровневой системы родовспоможения с открытием перинатальных центров основные показатели акушерской службы, несомненно, улучшились. Но, на нынешнем этапе развития перинатологии в условиях серьезнейшего демографического кризиса жизненно необходимо пересмотреть принципы и тактику функционирования системы охраны здоровья матери и ребенка при обязательной поддержке со стороны государства и общества.

ABSTRACT

SPECIFICUL OBSTETRICII LA 40 ANI DE LA FONDAREA MATERNITĂȚII INSTITUTULUI MAMEI ȘI COPILULUI

Odată cu începerea activității maternității, obstetrica clasică s-a practicat mai mult cu prin primirea unui număr cât mare de nașteri și cu o activitate chirurgicală redusă. După crearea unui sistem de îngrijire obstetricală în trei niveluri cu deschiderea centrelor perinatale, principalii indicatori ai serviciului obstetrical s-au îmbunătățit vădit. Însă, la ora actuală de dezvoltare a perinatologiei, în condițiile celei mai grave crize demografice, se impune necesitatea revederii principiilor și tacticii de funcționare a sistemului de sănătate maternă și neonatală cu sprijin obligatoriu din partea statului și a întregii societăți.

Este evident că, atât obstetrica practică, cât și cea teoretică au suferit schimbări importante începând cu anii 90 a secolului trecut, și până în prezent.

Medicina umană a apărut din necesitatea îngrijirii femeilor gravide și a nou-născuților. Astfel, avînd o importanță deosebită serviciul ocrotirii sănătății mamei și copilului, ce a fost înființat, iar apoi perfecționat mereu dealungul anilor în scopul diminuării unor complicații eventual posibile, atât la mame, cât și la copii. Deci, prioritatea acestui serviciu a devenit pentru toți una evidentă și incontestabilă.

Începutul activității maternității noastre denumită maternitatea republicană a Ministerului Sănătății (MS) a derulat în condițiile de existență pe atunci de indicatori majori precum: natalitatea, mortalitatea perinatală, decesul infantil, morbiditatea și mortalitatea maternă, cât și ratei înalte a avorturilor. Caracteristica obstetricii

anilor 80-90”, a fost considerat principiul după care medicii preponderent se urmau după procesele naturale și nu ca actualmente, când se străduie să le dirijeze/ menajeze. Personalul medical de atunci practica mai des obstetrica clasică, specialitate ce prevedea primirea unui număr, cât mai mare de nașteri, fiind însoțit de o activitate chirurgicală mult mai joasă. Mai frecvent se efectuau pe timpuri așa manipulații precum: „proba” de travaliu, conduita expectativă a nașterii, se aplica forcepsul obstetrical. Totodată, starea intrauterină a fătului intranatal avea o apreciere subiectivă deoarece așa metode obiective precum: ecografia și cardiotocografia, abea începiau să se dezvolte, reanimarea nou-născuților era practică nu numai de neonatologi, ci și de obstetricieni, sau alți specialiști (pediatri, anesteziologi-reanimatologi pentru adulți, ect.). O astfel de activitate a maternității republicane la acele timpuri, a avut în a obține

următorii indicatori naționali: o rată a mortalității mamei de 52,2 la o sută mii nou-născuți vii, a mortalității perinatale de 15,8 % și a mortalității infantile de 19%; iar la nivelul Institutului Mamei și Copilului (IMȘiC) — o rată a mortalității perinatale de 36%.

În condițiile actuale indicii demografici sau modificat esențial în timp. Tot mai des se vorbește despre un declin demografic la nivel mondial cu sporirea continua a mortalității generale și menținerea stabilă a sporului natural la valori negative. În Republica Moldova această criză s-a dovedit a fi una din cele mai severe din Europa, fenomenul migrației și rata scăzută a natalității având un caracter mai mult „*existențial*”. Natalitatea a scăzut atât de brusc, încât femeile de vîrstă reproductivă aduc pe lume nu mai mult de 1-2 copii. Astfel de circumstanțe în activitatea serviciului de ocrotire a sănătății mamei și copilului logic au impus necesitatea unei ideologii noi în aprecierea sănătății femeii — mamei care astăzi este privită ca purtătoarea genofondului țării. În acest sens reformatarea imperativă a slujbei perinatale la sfârșitul anilor 90 a ales ca directiva strategică calea regionalizării serviciului obstetrical în trei nivele de asistență, oferită mamei și nou-născutului în frunte cu Centrul Perinatal. Aceste măsuri prioritare în domeniul sănătății reproductive conform Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului au fost ratificate și de către Republica Moldova. Fenomenul amenințător de depop-

ulare masivă a țării impune astăzi lucrătorii medicali să asigure o evoluție satisfăcătoare a fiecărei gravidități, cu apariția pe lume numai a unui copil sănătos [1, 2].

Particularitățile contemporane ale obstetricii au dus la dezvoltarea metodelor obiective de apreciere a stării complexului fetoplacentar, tratamentului maladiilor extragenitale în timpul sarcinii, perfecționarea terapiei intensive a gravidelor, parturientelor, lăuzelor și a nou-născuților, asigurarea durabilă cu tehnologii reproductive moderne. Deci, astăzi asistăm la o apreciere a obstetricii contemporane ca obstetrică perinatală ce este cu mult mai tehnologizată și care evident nu ne va mai întoarce înapoi la clasică specialității noastre, decât numai că, va păstra tot ceia ce înseamnă continuitate între generațiile acestei discipline nobile. Sigur că, de rînd cu introducerea noilor tehnologii perinatale din ce în ce mai des finalizarea sarcinii are loc prin operația cezariană.

Ajungînd de la trei mii nașteri pe an în IMȘiC la sfârșitul sec.20 la 5000-6000 nașteri actual, cu o rată a operației cezariene la nivel de țară ce s-a dublat, iar în Centrul Perinatal de nivelul III IMȘiC (unde au loc aproape 17% din totalul nașterilor pe țară; 15,2% din cota nașterilor premature; 52% din toate nașterile cu termenul de gestație sub 28 sapt.; rata patologiei extragenitale mai mare de 50%; rata nașterilor fiziologice pînă la 20%), a crescut de 4,7 ori (1990-8%; 2020-21%) (fig.1).

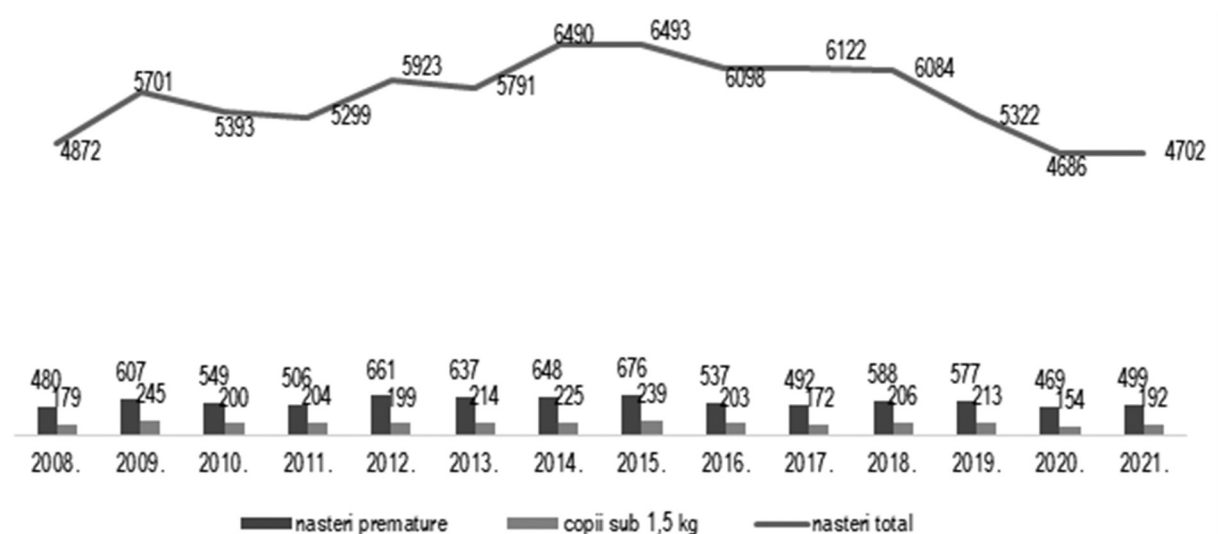


Fig. 1. Dinamica nașterilor totale, nașterilor premature și cu copii cu greutatea sub 1,5 kg (aa. 2008-2021)

În comparație, media operației cezariene în majoritatea centrelor perinatale din Federația Rusă este de 30-35\100 cazuri, pe când în centrele perinatale mari-40-50% și mai mult. Deși mortalitatea perinatală în intervenția dată este mare, dar în dinamică este cu o tendință de descreștere (de la 36% la 30,7%) — ce este un merit al rolului operației cezariene de comun cu o calitate sporită continua a serviciului neonatal de terapie intensiva și reanimare.

Totodată, suntem unanim solidari cu părerea comunității perinatale la nivel internațional precum că,

numărul cezarienelor nu poate fi mărit pînă la nesfârșit, ci trebuie redus prin indicații preoperatorii ferme, mai ales la femeile primipare. Paralel cu operația cezariană meritul diminuării mortalității și morbidității perinatale se atribuie și aplicării vacuum-extractorului în naștere, rata căreia s-a mărit în anii de referință de la 0,1% la 5%. În general, toată activitatea chirurgicală a CP IMȘiC este în ascensiune de la 62% la 70%, fiind însoțită pe parcursul anilor de continua descreștere a complicațiilor în naștere și perioada de lăuzie, cu predilecție a hemoragiilor obstetricale masive și compli-

cațiilor septico-purulente (sub 1,5% și 1% respectiv). La fel constatăm o dinamică pozitivă în evoluția indicatorilor mortalității perinatale în ansamblu, mai cu seamă a mortalității intranatale și decesul neonatal precoce (fig. 1). Rezultatele ameliorării ratei mortalității perinatale le observăm în cifrele obținute de colectivul CP Nivel III, ce sunt în corespundere cu standardele recomandate. Așa, raportul între copiii decedați la termen și cei prematuri este de 20% la 80% corespunzător, iar raportul dintre mort-născuți și decesele neonatale precoce este de 1:1. În același timp evoluța indicelui de

supraviețuire a nou-nascuților cu greutatea la naștere de sub 1000 gr. este cu o dinamică lentă (în jurul a 50%), iar a celor peste 1000 gr — stabil în creștere (peste 90%). O altă caracteristică rezultantă a activității chirurgicale în CP este tendința incontestabilă de popularizare a conduitei organomenajante în cazul unei patologii obstetricale precum ar fi: *decolarea prematură a placentei, invazia patologică a placentei, hemoragiile, miom uterin, peritonita obstetricală.*

Posibil, toți indicatorii menționați mai sus ar fi putut fi mult mai buni, dar există și un șir de probleme care

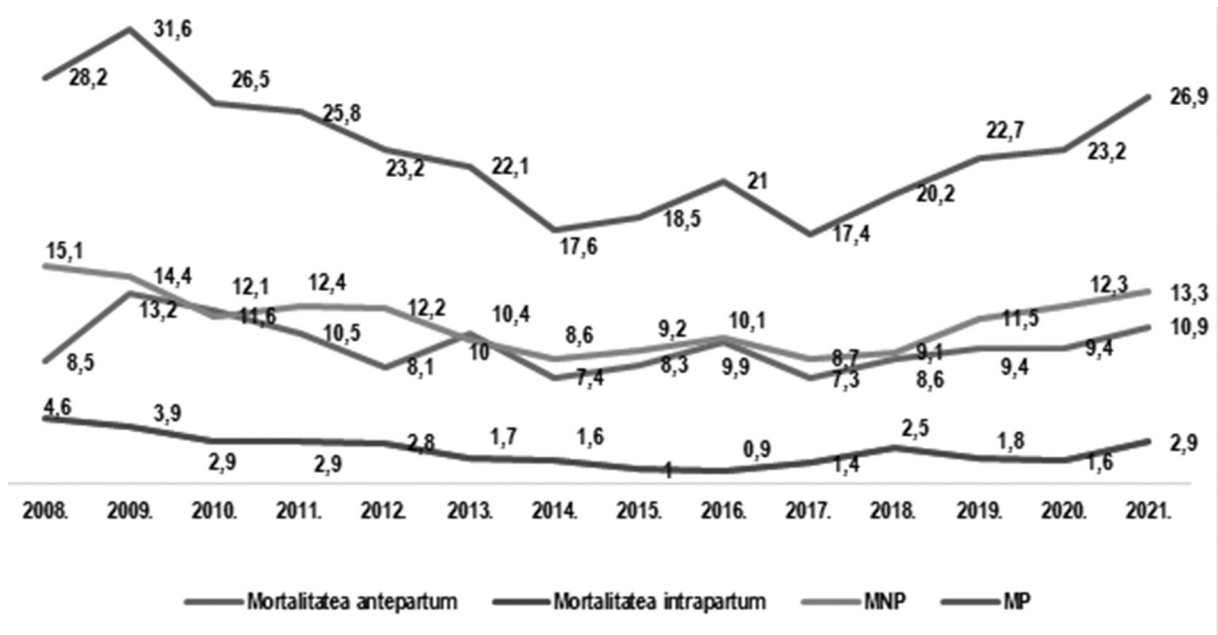


Fig. 2. Dinamica decesului perinatal și a componentelor acestuia (aa. 2008-2021)

după noi, continuă să mențină un parcurs ondulatoriu al evoluției principalelor indicatori perinatali. Chiar dacă situația în sistemul perinatal s-a îmbunătățit vădit, unii indicatori perinatali mai rămân de 2-3 ori superiori celor ca media pe UE.

Dacă reformatarea slujbei obstetricale în anii 90^o a prevăzut că la ameliorarea asistenței mamei și copilului a contribuit organizarea centrelor perinatale, atunci astăzi se impune necesitatea, că și acestea să fie reformate sau optimizate. Cauzile unei astfel de stări a lucrurilor este condiționat de: *deficitul de finanțare, neasigurarea și nevalorificarea conformă a capitalului uman, măsuri de ameliorare a serviciului perinatal propuse nesistemic, morbiditatea înaltă a gravidelor ce duc la prematuritate etc., insuficiența placentară cu retard de creștere a fătului, diminuarea calității asistenței medicale în sectorul primar unde se nasc majoritatea copiilor la termen, morbiditatea gravidelor cu maladii infecțioase mai înaltă decât la nivel populațional și cu o evoluție preponderent asimptomatică, tendința negativă în structura mortalității perinatale cu creșterea ratei deceselor antenatale la nivel de staționar și a copiilor decedați la termen; scăderea natalității nu din nedorința de a avea copii ci din cauza de a-și face la început studiile, imposibilitatea de a*

găsi un „partener pe potrivă”, pretenții financiare; concurența mare cu numeroasele spitale private; imigrarea personalului medical pregătit și calificat în condițiile social-economice precare, motivare materială insuficientă, creșterea a numărului de dosare civile și penale; nedorința tineretului de a îmbrățișa specialitatea perinatală ca una ce nu mai este prestigioasă. Această stare de probleme ce au loc în sistemul perinatal ne demonstrează că, la etapa de constituire a serviciului diminuarea pierderilor reproductive a fost realizată prin fortificarea serviciului neonatal de reanimare și terapie intensivă. Succesele și insuccesele etapei date dictează trecerea imperativă de la prioritatea tehnologiilor de reanimare-reabilitare la perinatologia de prevenire și ameliorarea calității serviciilor medicale în rețeaua staționarelor obstetricale [3,4,5].

Printre primele măsuri de optimizare a serviciului perinatal nu trebuie să lipsească diagnosticul stării intrauterine a fătului și declanșarea la timp a nașterii atunci, când apar primele semne de hipoxie fetală. O altă sarcină o vedem în accesibilitatea serviciilor medicale pentru femei și continuitatea asistenței perinatale mamei-fătului, apoi copilului cu coordonarea tuturor etapelor curativ-diagnostice într-un singur loc (CP) unde abordarea medi-

cală va fi numaidecât, una multidisciplinară; dotarea CP cu aparataj și echipament esențial nou, revederea de cost a cazului-tratat, standardele — cheie a UE în asistența perinatologică să fie recunoscute de toate ministerele sănătății. Orice naștere în orice stat trebuie să fie dorită și sigură. Femeile nasc, dar acest fapt nu este unica lor menire. Ele mai contribuie și la prosperitatea statului, care trebuie să aibă grijă de dîsele pentru ca nașterea să fie percepută, nu ca o procedură medicală în urma operației cezariene ci ca o experiență psiho-emoțională fericită, atât pentru ea cât și familie, și nu în ultimul rând pentru viitorul copil. Nu mai puțin important este și rolul personalului medical în acordarea serviciilor perinatale, rol recunoscut și de OMS, care aduce un omagiu acestei profesii. Astfel, fiecare țară va avea posibilitate să demonstreze, cât de mult apreciază acești lucrători iar guvernele — cât de mult îi prețuiesc [6,7,8].

CONCLUZIE:

Obstetrica contemporană se deosebește esențial de cea practică anterior. Soarta țării va depinde în primul rând de soluționarea problemei demografice. Fiecare pas, lege, program de stat trebuie să fie prioritar în direcția dată. Numai investițiile în ocrotirea sănătății mamei și copilului vor sta la baza dezvoltării mondiale durabile cu creșterea de zeci de ori a economiei și bunăstării sociale. Iar revizuirea politicii asistenței perinatale la nivel național și susținerea ei de către guvern vor aduce indicatorii principali de asistență medicală mamei și copilului la valorile nivelului așteptat, atât de OMS, cât și societate.

BIBLIOGRAFIE:

1. Ghidul B Național de Perinatologie. Serviciul perinatal regionalizat: Niveluri și conținut. Ediția 1. Chișinău, 2001
2. Ghidul B Național de Perinatologie. Serviciul perinatal regionalizat: Niveluri și conținut. Ediția 2. Chișinău, 2006
3. Practical Experience of Establishing German Standard Level 1 Perinatal Center in Chongqing Health Care for Women and Children. 2020 Oct;40(5):829-834. doi: 10.1007/s11596-020-2273-2. Epub 2020 Oct 29
4. The effectiveness of regionalization of perinatal care services — a systematic review. *Public health* 128 (2014) 872 e885 <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2014.08.005>
5. American Academy of Pediatrics (2012). Levels of Neonatal Care. *Pediatrics* 130(3): 587–97.
6. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). *Guidelines for Perinatal Care*, 8th edition Riley LE and Stark AR. (eds.) Elk Grove Village, IL
7. American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine. *Obstetric Care Consensus: Levels of Maternal Care*. August 2019. 134 (2): E41-E55
8. *Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland*. Revised 2019.