

PARTICULARITĂȚILE DE EVOLUȚIE ȘI DE MANAGEMENT A GRAVIDELOR CU RESTRICȚIE DE CREȘTERE FETALĂ

Vlada Iuțis

Conducător științific: Rodica Catrinici

Disciplina de obstetrică, ginecologie și reproducere umană, USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Diagnosticul prenatal și managementul restricției de creștere fetală (RC) este esențial, deoarece această afecțiune este asociată cu un risc crescut de morbiditate și mortalitate perinatală. Aproximativ 30% din decesele fetale intrauterine sunt asociate cu RCF în al treilea trimestru de sarcină. **Scopul lucrării.** Identificare elementelor cheie în diagnosticarea și monitorizarea restricției de creștere intrauterină cu accent pe cazurile cu debut precoce. **Material și metode.** Au fost analizate ghiduri clinice internaționale și publicații din bazele de date: PubMed, Medscape, MDPI pe tema studiată. **Rezultate.** Distincția între RCF precoce și tardivă se bazează pe momentul diagnosticului (înainte sau după 32-34 săptămâni de gestație), pe analiza Doppler a arterei ombilicale (AO) și pe corelarea cu preeclampsia și prognosticul perinatal. Creșterea indicelui de pulsilitate (IP) în AO observată prin Doppler prefigurează modificări ale frecvenței cardiace fetale și scorului biofizic fetal, culminând cu deteriorare cardiovasculară severă cauzată de hipoxemie severă și acidoză. Aproximativ 70% dintre gravidele cu RCF precoce prezintă tulburări hipertensive, predominant preeclampsie. Identificarea și gestionarea adecvată a RCF pot prelungi sarcina. Nașterea este singura opțiune pentru a preveni hipoxia și acidoza, reducând morbiditatea și mortalitatea perinatală. **Concluzii.** Deși nu există tratament pentru această afecțiune, recunoașterea timpurie și managementul adecvat al preeclampsiei, gestionarea optimă în unitățile de medicină neonatală de nivel terțiar, și decizia momentului nașterii au o importanță crucială în reducerea riscului de complicații severe datorate RCF. **Cuvinte-cheie:** sarcină, restricție de creștere fetală, velocimetrie Doppler.

THE EVOLUTION AND MANAGEMENT OF PREGNANCIES WITH FETAL GROWTH RESTRICTION

Vlada Iutis

Scientific adviser: Rodica Catrinici

Obstetrics, Gynecology and Human Reproduction Discipline, Nicolae Testemițanu University

Background. Prenatal diagnosis and management of intrauterine growth restriction (IUGR) are crucial, as this condition is associated with an increased risk of perinatal morbidity and mortality. Approximately 30% of intrauterine fetal deaths in the third trimester are linked to IUGR. **The aim of the study.** Identifying key elements in the diagnosis and monitoring of intrauterine growth restriction, with a focus on early-onset cases. **Material and methods.** International clinical guidelines and publications from databases such as PubMed, Medscape, and MDPI were analyzed on the studied topic. **Results.** The distinction between early and late-onset IUGR is based on the timing of diagnosis (before or after 32-34 weeks of gestation), Doppler analysis of the umbilical artery (UA), and its correlation with preeclampsia and perinatal prognosis. Increased pulsatility index (PI) in UA observed via Doppler predicts changes in fetal heart rate and fetal biophysical score, culminating in severe cardiovascular deterioration due to severe hypoxemia and acidosis. Approximately 70% of pregnancies with early-onset IUGR exhibit hypertensive disorders, predominantly preeclampsia. Proper identification and management of IUGR can prolong pregnancy. Delivery is the only option to prevent hypoxia and acidosis, reducing perinatal morbidity and mortality. **Conclusions.** Although there is no treatment for this condition, early recognition and proper management of preeclampsia, optimal care in tertiary neonatal medicine units, and timely decision-making regarding the timing of delivery are crucial in reducing the risk of severe complications due to IUGR. **Keywords:** pregnancy, fetal growth restriction, Doppler velocimetry.