

Pacientele cu BNT tip hipertensiv mai frecvent au avut în anamneză nașteri de nou-născuți cu $m \geq 4000g$ sau de naștere a unui nou-născut decedat intrauterin, astfel constituind un raport dublu al șanselor de asociere cu dereglări hipertensive la următoarea sarcină.

Patologia glandei tiroide și afecțiunile neinflamatorii ale organelor genitale, cum ar fi ovarele plichistice, sunt asociate, de asemenea, cu un risc sporit de a dezvolta o sarcină cu patologie hipertensivă.

CZU: 616.362-008.811.6-07-08:618.3



COLESTAZA INTRAHEPATICĂ DE SARCINĂ. DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT

Rodica Catrinici¹, Diana Mitriuc², Ana Frunze³

¹USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

³USMF „Nicolae Testemițanu”, Specialitatea Obstetrică și Ginecologie, medic rezident

Cuvinte-cheie: colestază, sarcină, acizi biliari

Introducere

Colestaza intrahepatică de sarcină (CIS) reprezintă o afecțiune specifică gestației, definită adesea ca prurit în timpul sarcinii, care debutează de obicei în al treilea trimestru și este asociată cu rezultate anormale ale testelor hepatice și/sau niveluri serice crescute ale acizilor biliari totali, ameliorându-se spontan după naștere. Este cea mai des întâlnită patologie hepatică specifică gravidității. Incidența CIS variază în dependență de regiunea geografică, situându-se între 0,1% și 15,6%, în timp ce prevalența sa este cuprinsă între 0,3% și 5,6%.

CIS afectează evoluția sarcinii, prezentând în mod special riscuri pentru făt. Printre factorii de risc asociați cu CIS se numără dereglările hormonale, factorii de mediu și genetici. Afecțiunea este mai frecvent întâlnită la femeile cu sarcini multiple, la cele care au apelat la fertilizare *in vitro*, la vârste înaintate, precum și în cazul celor cu un istoric personal și familial de CIS, inclusiv antecedente de maladii hepatice, în special colecistita calculoasă și hepatita C.

Scopul acestui studiu este de a analiza factorii de risc, aspectele clinice, de diagnostic și de tratament, în vederea managementului pacientelor cu colestază intrahepatică de sarcină.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu retrospectiv descriptiv în cadrul IMSP SCM „Gheorghe Paladi”, prin examinarea a 40 de cazuri de colestază intrahepatică de sarcină înregistrate pe parcursul anului 2022.

Rezultate și discuții

Pacientele diagnosticate cu CIS au prezentat diverși factori de risc, printre care se numără: istoricul personal de maladii hepato-biliare (23,69%), istoricul personal de CIS la sarcinile anterioare (5,26%), sarcina multiplă (5,26%) și sarcina obținută prin fertilizare *in vitro* (2,28%).

Pruritul, manifestarea primară și cel mai caracteristic simptom al CIS, a fost întâlnit în toate cazurile studiate. În 25,79% din cazuri, pruritul a apărut începând cu trimestrul II al sarcinii, în timp ce în 84,21% din cazuri a fost observat în trimestrul III. În majoritatea cazurilor (65,78%), pruritul a avut un caracter generalizat, iar în restul cazurilor – localizat. Prezența icterului a fost confirmată doar în 5,26% din cazuri.

Evaluarea parametrilor de laborator la pacientele incluse în studiu a relevat următoarele constatări: 1) creșterea concentrației serice de ALT s-a înregistrat în 52,63% din cazuri; 2) creșterea bilirubinei, din contul celei conjugate, a fost observată în 31,58% din cazuri și 3) creșterea GGT s-a înregistrat în 10,35% din cazuri. Nivelul seric al acizilor biliari a fost elevat în 100% din cazuri.

Tratamentul medicamentos în CIS este un subiect controversat și are ca scop ameliorarea stării subiective a mamei, cu posibilitatea unei influențe pozitive și asupra rezultatelor fetale. Conform unor surse, administrarea acidului ursodezoxycolic este considerată cea mai eficientă opțiune terapeutică. Acest preparat a fost administrat la toate pacientele incluse în studiu și a condus la o ameliorare subiectivă a stării în 97,37% din cazuri, cu o doză zilnică variind între 500 mg și 1000 mg.

În ceea ce privește nașterea, s-a constatat că 71,05% dintre cazuri au implicat nașterea naturală, în timp ce 28,95% au necesitat intervenția prin operație cezariană. Nașterea prematură, prin inducerea travaliului, a avut loc în 13,16% din cazuri, iar 86,84% dintre nașteri s-au produs la termen. Printre complicațiile asociate nașterii naturale s-au numărat placenta aderens, ineficiența forțelor de contracție, hemoragia post-partum și lichidul meconial fluid. Indicațiile pentru operația cezariană de urgență au inclus: decolarea de placentă normal inserată, contracțiile uterine ineficiente, hipoxia acută a fătului și agravarea stării mamei cu înrăutățirea bruscă a probelor hepatice.

Nou-născuții au înregistrat o greutate mică pentru vârsta gestațională în 12,5% din cazuri. Complicațiile după naștere au afectat 13 nou-născuți (32,5%), fiind determinate de icter neonatal, prematuritate cu greutate mică și foarte mică pentru vârsta gestațională, pneumonie post-aspirațională și disritmie cardiacă.

Concluzii

Diagnosticul precoce al colestazei intrahepatice de sarcină și monitorizarea strictă a stării gravidei sunt cruciale pentru un management corect și pentru reducerea morbidității și mortalității materne și fetale.

Pruritul cutanat și testele funcționale hepatice anormale la gravide trebuie să fie întotdeauna luate în considerare și investigate corespunzător. Screeningul CIS include testarea pentru hepatitele de etiologie virală, infecțiile cu Epstein-Barr, CMV, bolile hepatice autoimune, hepatitele cronice active și cirozele biliare primare. De asemenea, preeclampsia, ficatul gras acut de sarcină și sindromul HELLP sunt alte cauze care ar trebui luate în considerație pentru diagnosticul diferențial în cazurile atipice.

Determinarea nivelului de acizi biliari este considerată cel mai sensibil indicator al CIS și precede alte modificări ale testelor funcționale serice hepatice. Gradul de severitate a bolii poate fi determinat în funcție de nivelul acizilor biliari, împărțindu-se în formă ușoară (nivel <40 μmol/l) și formă severă (nivel ≥40 μmol/l).

Decizia privind termenul și modalitatea de finalizare a sarcinii este influențată de rezultatele testelor de laborator și de apariția unor situații de risc pentru mamă sau făt. Ghidurile internaționale recomandă discutarea oportunității de a induce nașterea înainte de termen versus managementul expectativ, luând în considerare riscurile și beneficiile ambelor opțiuni pentru fiecare caz în parte.

CZU: 618.2-06:616.379-008.64-085



COMPLIANȚA LA TRATAMENT A GRAVIDELOR CU DIFERITE FORME DE DIABET ZAHARAT

Daniela Roșca¹, Victor Petrov², Cezar Zagorneanu³

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, cercetător științific

² IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, student

Cuvinte-cheie: sarcină, diabet zaharat, diabet gestațional, complianță

Introducere

Potrivit raportului Federației Internaționale de Diabet (ediția a X-a, 2021), la nivel mondial circa 21,1 milioane (16,7%) de femei care au născut nou-născuți vii au prezentat o formă de hiperglicemie în timpul sarcinii. Complicațiile obstetricale și perinatale cauzate de diabetul zaharat (DZ) pot avea consecințe grave atât pentru femei, cât și pentru nou-născuți. Prin urmare, respectarea prescripțiilor medicale de către femeile însărcinate este importantă și relevantă.

Scopul acestei cercetări constă în studierea complianței la tratament a gravidelor cu diferite forme de DZ, pentru a îmbunătăți prognosticul clinic atât pentru mamă, cât și pentru nou-născut.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu prospectiv de cohortă la Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova, care a implicat 112 gravide cu DZ (lotul de cercetare) și 112 gravide fără DZ (lotul martor). Articolul furnizează date comparative doar pentru lotul de cercetare, divizat în trei subloturi: 35 (31,3%) de gravide cu diabet zaharat de tip 1 (DZ1, sublotul 1), 20 (17,8%) de gravide cu diabet zaharat de tip 2 (DZ2, sublotul 2) și 57 (50,9%) de paciente cu diabet gestațional (DG, sublotul 3). Complianța la tratament a fost evaluată folosind un chestionar elaborat special pentru acest studiu, bazat pe chestionarul Morisky-Green-Levine. Având în vedere importanța