

Simptomele disgravidiilor sunt bine cunoscute: pierderea poftei de mâncare, greață, salivare excesivă, vome, tensiune arterială scăzută și o sensibilitate crescută la mirosuri. Greața și vomelile sunt simptome foarte frecvente în timpul sarcinii, afectând între 70% și 85%, respectiv, între 40% și 50% dintre femeile însărcinate și reprezintă una dintre cele mai frecvente indicații pentru spitalizare a gravidelor. Deoarece până în prezent etiologia disgravidiei și a hiperemezei gravidice rămâne necunoscută, tratamentele disponibile s-au limitat la ameliorarea simptomelor, corectarea deshidratării și a deficiențelor nutriționale. Conform datelor din literatura de specialitate, este acceptat faptul că concentrația plasmatică a vitaminei B6 (piridoxină) este asociată cu severitatea disgravidiei, grețurilor și vomei în sarcină. Se consideră că vitamina B6 are un rol în sinteza serotoninei, dopaminei, norepinefrinei și acidului gamma-aminobutiric prin catalizarea procesului de decarboxilare, iar deficiența acidului gamma-aminobutiric poate induce greață și vărsături în timpul sarcinii. O ipoteză este că vitamina B6 ar putea funcționa ca o coenzimă pentru reactivitatea lizinei, un reziduu proteic al receptorilor hormonilor steroizi, iar reactivitatea lizinei poate reduce greața și vărsăturile cauzate de creșterea nivelului de estrogen la femeile însărcinate.

Scopul acestui studiu a fost de a evalua comparativ eficacitatea combinației vitaminei B6 și metoclopramidei pentru optimizarea tratamentului disgravidiei de prim trimestru al sarcinii.

Materiale și metode

A fost efectuat un studiu prospectiv randomizat în perioada 2022-2023, axat pe analiza comparativă a eficacității vitaminei B6 și a metoclopramidei în tratamentul disgravidiei de prim trimestru al sarcinii. Studiul a inclus 90 de gravide cu disgravidie de prim trimestru, repartizate aleatoriu în două loturi a câte 45 de participante fiecare. Primul lot a constat din gravide cu un termen de până la 13 săptămâni și 6 zile de sarcină, care au administrat vitamina B6 în doză de 25 mg la fiecare 8 ore, iar cel de-al doilea lor a inclus gravide cu același termen de sarcină, care au primit metoclopramidă în doză de 10 mg la fiecare 8 ore. Eficacitatea intervențiilor terapeutice a fost evaluată pe baza diminuării simptomelor, utilizând Scara de Cuantificare Unică a Emezei în Sarcină (PUQE), atât înainte de începerea tratamentului, cât și după 72 de ore de la administrarea acestuia.

Rezultate

Rezultatele studiului nu au evidențiat diferențe semnificative statistice între cele două grupuri în ceea ce privește vârsta, indicele de masă corporală, termenul de sarcină sau nivelul educațional al gravidelor ($p > 0,05$). La debutul tratamentului, scorurile mediane ale Scarei de Cuantificare Unică a Emezei în Sarcină (PUQE) au fost comparabile în ambele loturi de paciente: scorul PUQE a fost de 7.7 ± 2.06 (interval, 5-13) în lotul 1 și de 7.5 ± 1.99 (interval, 4-12) în lotul 2 ($P = 0,27$). Ulterior, la 72 de ore de la începerea tratamentului, s-a constatat o diminuare a scorului PUQE în ambele loturi de paciente, acesta reducându-se la 1.82 ± 1.57 (interval 1-3) în grupul gravidelor care au administrat vitamina B6 și la 2.42 ± 0.83 (interval, 1-4) în grupul gravidelor care au primit metoclopramidă ($P = 0,0001$), diferențele fiind semnificative din punct de vedere statistic. Nu s-au înregistrat efecte adverse la nicio femeie din loturile de gravide incluse în studiu pe parcursul tratamentului.

Concluzii

Rezultatele studiului au arătat o reducere semnificativă a vomei și a Scorului de Cuantificare Unică a Emezei în Sarcină (PUQE) în grupul femeilor însărcinate tratate cu vitamina B6, comparativ cu cele care au administrat metoclopramidă. Aceste constatări sugerează că vitamina B6 poate fi mai eficientă în diminuarea severității simptomelor disgravidiei de prim trimestru al sarcinii comparativ cu tratamentul tradițional cu metoclopramidă.

CZU: 618.33-007.12



EVOLUȚIA PERIOADEI PERINATALE ÎN RESTRICȚIA DE CREȘTERE FETALĂ

Corina Iliadi-Tulbure¹, Maria Cemortan², Cristina Bubulici³, Milena Manic⁴, Mihaela Coșpormac⁵

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

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale

³ Spitalul Raional Criuleni, Republica Moldova, medic obstetrician-ginecolog

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

⁵ USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

Cuvinte-cheie: restricție de creștere fetală, examen ecografic, velocimetrie Doppler, operație cezariană

Introducere

Restricția de creștere fetală (RCF) se manifestă prin patologia creșterii fetale, în cadrul căreia fătul nu își atinge potențialul intrinsec de creștere din cauza unei cinetici insuficiente de dezvoltare sau a unei anomalii de creștere, survenită în urma unor dereglări în sistemul feto-matern. RCF este o problemă complexă, necesitând implicarea specialiștilor pentru efectuarea unui management multiaspectual. În literatura de specialitate este prezentă o diferență considerabilă între incidența acestei afecțiuni în țările industrializate (3-7% din cazuri) și cele în curs de dezvoltare (până la 30% din cazuri). Studiile confirmă prezența unui spectru larg de factori de geneză maternă, fetală, placentară, de mediu, precum și frecvența asociere a acestora, care influențează dezvoltarea RCF. Caracterul poli etiologic al RCF relatează despre influența nivelului morbidității gestantei, apreciază importanța parității, a vârstei (≤ 20 ani și ≥ 35 ani) și a taliei materne (≤ 150 cm). RCF este asociată adesea cu evoluția patologică a gestației, manifestată prin acutizări ale maladiilor somatice și complicații obstetricale, precum pierderile reproductive, prematuritatea, distressul fetal etc.

Complexitatea diagnosticului RCF implică evaluarea vârstei de gestație, estimarea greutateii fetale, utilizând indicii biometriei fetale, cum sunt diametrul biparietal, circumferința craniană, circumferința abdominală și lungimea femurului, precum și compararea acestora cu curbele de creștere standardizate. Este indispensabilă efectuarea examenelor ecografice seriate la intervale de 14 zile. Velocimetria Doppler, aplicată pe arterele uterine, ombilicale, cerebrale medii ale fătului și ductul venos, permite evaluarea modificărilor în rezistența vasculară și identificarea sarcinilor cu risc crescut. Utilizarea Velocimetriei Doppler permite evaluarea gradului de suferință fetală pe baza criteriilor de suferință fetală (indicele de rezistență crescut, fluxul diastolic scăzut, nul sau inversat, prezența incizurii protodiastolice, indicele cerebro-placentar subunitar și modificări considerabile pe ductul venos).

Operația cezariană în caz de RCF este subiectul unor dezbateri, deoarece poate conduce la diminuarea indicilor neonatali, însă fiecare situație necesită o abordare individualizată. Decizia de a efectua o operație cezariană trebuie să fie justificată de indicații medicale clare și argumentate și de un bilanț al beneficiilor și riscurilor asociate intervenției chirurgicale. Survenirea RCF condiționează prognosticul imediat la naștere al copilului și poate influența dezvoltarea acestuia pe termen lung.

Scopul

Analiza evoluției sarcinii, a nașterii și a rezultatelor perinatale la 396 de gravide diagnosticate cu RCF a fost efectuată cu scopul facilitării managementului orientat spre beneficiar.

Materiale și metode

Studiul s-a desfășurat în Centrul Perinatal Terțiar, Institutul Mamei și Copilului din Chișinău, Republica Moldova (RM), în ultimii 4 ani. Au fost utilizate atât metode clinice (evaluarea înălțimii fundului uterin, parametrii hemodinamici, auscultarea frecvenței cardiace fetale), cât și metode paraclinice, incluzând examinarea ecografică, velocimetria Doppler la nivelul arterelor uterine, ombilicale, cerebrale medii la făt și/sau ductus venosus etc.).

Rezultate

Rezultatele studiului au arătat că incidența RCF a rămas practic neschimbată în RM în ultimii ani, fiind de aproximativ 6,2% din cazuri. Vârsta medie a pacientelor incluse în studiu a fost de $27 \pm 6,9$ ani. O evoluție mai dificilă a patologiei a fost observată la vârstele extreme, sub 20 de ani și peste 40 de ani, asociate cu RCF în sarcinile anterioare, pierderi reproductive, preeclampsie severă și infecții TORCH. Diagnosticul a fost stabilit preponderent la gravidele multipare (233 de cazuri – 58,8%) cu diverse patologii somatice cronice. Confirmarea diagnosticului a fost realizată în 100% din cazuri prin examenul ecografic. Au fost identificați mai mulți factori de risc materni, fetal și placentari. Patologiile asociate ale mamei au fost constatate în 261 de cazuri (66,0%), inclusiv hipertensiunea cronică esențială primară sau secundară patologiei renale sau endocrine, bolile cardiovasculare, diabetul zaharat, pielonefrita cronică etc. Au fost identificate, de asemenea, mai multe cazuri de patologii fetale (155 de cazuri – 39,1%) și maladii mediate placentar (174 de cazuri – 43,9%). Sarcinile diagnosticate cu RCF au fost complicate prin hipoxie fetală (69 de cazuri – 23,4%) și preeclampsie severă (57 de cazuri – 14,4%), care au necesitat finalizarea sarcinii și/sau nașterea prin operație cezariană. Majoritatea nașterilor s-au produs *per vias naturalis* (261 de cazuri – 65,9%), cu efectuarea de analgezie epidurală în aproape toate cazurile. În 223 de cazuri (56,3%), sarcinile au atins termenul, iar în 173 de cazuri (43,7%) a survenit nașterea prematură. Mortalitatea perinatală a fost înregistrată în 10 cazuri, toate sarcinile fiind finalizate între săptămânile 26-30 de gestație, după indicații materne și/sau fetale.

Concluzii

RCF reprezintă o problemă majoră, frecvent asociată cu numeroase complicații, iar etapa de bază a managementului implică finalizarea urgentă a sarcinii și/sau nașterea, de obicei prin operație cezariană. Luând în considerare aceste aspecte, este necesar ca gestantele cu diagnostic de RCF să fie direcționate către specialiști pentru confirmarea diagnosticului precis și elaborarea unui plan de conduită adecvat, adaptat nevoilor individuale.

CZU: 618.2:618.146-089.87



EVOLUȚIA SARCINII LA GRAVIDELE CU CONIZAȚIE DE COL UTERIN

Luminița Mihalcean¹, Natalia Corolcova², Veronica Cotelea³, Mihail Surguci⁴, Mihaela Burac⁵

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

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁵ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

Cuvinte-cheie: conizație de col uterin, sarcină, naștere prematură, avort spontan

Introducere

Una din problemele actuale în domeniul obstetricii și ginecologiei este problema realizării funcției reproductive la femei după un tratament invaziv al neoplaziilor intraepiteliale cervicale (CIN). Printre metodele adecvate de tratament pentru cancerul preinvaziv al colului uterin (displazie severă) la femeile de vârstă reproductivă se numără conizația de col uterin, care presupune o procedură concomitentă de diagnostic și tratament. Frecvența survenirii sarcinii după metodele invazive de tratament al patologiilor colului uterin variază considerabil, între 15,9% și 36,7%, conform diferitelor surse. Opiniile contradictorii din literatura de specialitate privind evoluția sarcinii și nașterii după astfel de proceduri distructive și invazive de tratament generează necesitatea unei cercetări aprofundate în acest domeniu.

Scopul acestui studiu este de a identifica particularitățile evoluției sarcinii și nașterii la gravidele care au tratat în anamneză neoplazii intraepiteliale cervicale prin conizație de col uterin. Această cercetare urmărește să dezvolte un algoritm de conduită a sarcinii și a nașterii pentru aceste paciente.

Materiale și metode

În studiul descriptiv au fost incluse 50 de gravide care au fost supuse conizației colului uterin pentru CIN III în anamneză. Studiul a fost efectuat la IMSP SCM „Gheorghe Paladi” în perioada anilor 2013-2023.

Rezultate

Vârsta medie a pacientelor incluse în studiu a constituit 30,2±3,2 ani. În urma analizei funcției reproductive, s-a constatat că sarcina prezentă a fost prima la 7 (14,0%) gravide, în timp ce 18 (36,0%) paciente fuseseră afectate de avorturi spontane în trecut. În ceea ce privește nașterile anterioare, 17 (34,0%) gravide au avut cel puțin o naștere. Intervalul de timp între tratamentul pentru CIN 3 și apariția sarcinii a variat între 2 și 6 ani.

În primul trimestru de sarcină, cea mai frecventă complicație a fost iminența de avort spontan (74,0%), gestoza precoce (28,0%), anemia (18,0%), vaginita (38,0%) și vaginoza bacteriană (58,0%). În trimestrul al doilea, a persistat incidența crescută a avortului spontan. S-au observat și alte complicații, precum îngroșarea difuză a placentei (24,0%) și dereglarea producerii adecvate a lichidului amniotic (8,0%). Totuși, suferința fetală marcată a fost constatată doar la o gravidă cu duplex bicorial biamnional. Una din cauzele persistenței iminenței de avort spontan a fost insuficiența istmico-cervicală, care a fost diagnosticată la 18 (36,0%) gravide. Deformarea semnificativă a segmentului vaginal al colului uterin contribuie la alterarea funcției de barieră a acestuia și la incompetența organică și funcțională a colului uterin, provocând astfel iminența de întrerupere a sarcinii și creează condiții pentru infectarea ascendentă.

În trimestrul III al sarcinii, complicația predominantă a fost iminența de naștere prematură (64,0%), în timp ce incidența anemiei (22,0%) și a HTA gestaționale (14,0%) a rămas înaltă. Semne de suferință intrauterină a fătului și insuficiență fetoplacentară au fost constatate la 19 (38,0%) gravide, RDIUF a fost observată