



PLACENTA PRAEVIA – CAUZE, DIAGNOSTIC ȘI MORBIDITATE

Nadejda Codreanu¹, Hristiana Caproș², Alexandra Chiricenco³

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, medic rezident

Cuvinte-cheie: placenta praevia, factori de risc, morbiditate materno-fetală

Introducere

Placenta praevia (PP) reprezintă o cauză majoră de hemoragie în obstetrică, adesea punând în pericol viața femeii sau având influențe psihoemoționale pe termen lung prin consecințele pe care le antrenează, cum ar fi histerectomia de hemostază. *Placenta praevia* rămâne o problemă importantă în patologia gravidității, iar monitorizarea corespunzătoare, dispensarizarea corectă și managementul atent al nașterii joacă un rol esențial în evitarea complicațiilor.

Scopul acestui studiu este de a cerceta impactul *placentei praevia* asupra morbidității materno-fetale și de a evita factorii de risc asociați acestei patologii.

Materiale si metode

Studiul, de natură retrospectivă, a implicat un lot de 59 de paciente, cu vârste variate, internate în secțiile obstetricale nr. 1, nr. 2 și nr. 3 ale IMSP SCM Nr. 1 în perioada anilor 2018-2020, diagnosticate cu *placenta praevia* și a căror sarcină a fost rezolvată prin operație cezariană.

Rezultate

Analizând numărul de nașteri al pacientelor, am constatat că majoritatea, adică 40 (68%), erau multipare și doar 19 (32%) dintre ele erau primipare. Din numărul total de 59 de paciente diagnosticate cu *placenta praevia*, 29 (49%) au avut în anamneză avorturi, iar celelalte 30 (51%) nu au avut. O analiză mai detaliată a numărului de avorturi printre cele 29 de paciente a arătat că 11 (55%) au suferit un singur avort, 7 (35%) au avut două avorturi și doar 2 paciente (10%) au avut trei avorturi. Analiza structurii avorturilor a depistat că dintre cele 29 de paciente care au avut în anamneză avorturi, 31 (69%) au efectuat un avort medical, iar 14 (31%) au suferit avorturi spontane.

În ceea ce privește prezența operațiilor cezariene în anamneză, 10 paciente (17%) au avut operații cezariene, iar celelalte 49 (83%) nu au avut operații cezariene în anamneză. Analiza pacientelor în funcție de prezența *placentei praevia* în anamneză a relevat că doar o pacientă (2%) avea acest diagnostic în anamneză, în comparație cu celelalte 58 (98%). De asemenea, s-au examinat pacientele în funcție de prezența adenomiozei, identificându-se patru femei (7%) care aveau adenomioză uterină, în timp ce la celelalte 55 (93%) acest diagnostic lipsea.

Din cele 59 de paciente incluse în studiu, 44 (75%) au fost diagnosticate cu PP hemoragică, iar 15 (25%) au suferit PP nonhemoragică. În cazul a 33 de paciente, reprezentând 75%, hemoragia a fost prezentă pentru prima dată, în timp ce 11 (25%) dintre ele au mai avut hemoragii pe parcursul sarcinii. Din cele 44 de paciente diagnosticate cu PP hemoragică, doar 6 (14%) au suferit un șoc hemoragic.

Sarcina tuturor pacientelor examinate s-a rezolvat prin intermediul operației cezariene, dintre care 32 (54%) de intervenții au fost de urgență, iar 27 (46%) au fost planificate. Majoritatea pacientelor au născut la termen, respectiv 36 (61%) dintre ele, însă 23 (39%) au avut nașteri premature. Un alt criteriu analizat a fost prezența *placentei accreta*. Astfel, 6 paciente (10%) au fost diagnosticate cu *placenta accreta*, iar 53 (90%) nu au avut această afecțiune. Analizând cauzele hemoragiilor masive, s-a constatat că la 6 (46%) paciente cu hemoragie masivă s-a efectuat histerectomia, la 5 dintre ele a fost prezentă *placenta accreta* și la 2 dintre ele a fost prezentă *placenta Cezara*.

În funcție de necesitatea recurgerii la histerectomie, 6 paciente (10%) au suferit o histerectomie, iar la celelalte 53 (90%) nu s-a recurs la această intervenție. În ceea ce privește durata spitalizării, majoritatea pacientelor, și anume 53 (90%), au fost internate timp de 3 până la 10 zile, iar doar 6 (10%) dintre ele au necesitat o spitalizare mai lungă de 10 zile.

Concluzii

Studiul a confirmat ca *placenta praevia* este mai frecvent întâlnită la femeile multipare (68%). Factorii de risc major pentru PP menționați în literatura de specialitate au fost evidențiați și în cadrul acestui studiu după cum urmează: prezența în anamneză a avorturilor constatate (49%), a operațiilor cezariene constatate (17%), adenomioza (7%), *placenta praevia* în anamneză (2%). PP este asociată cu o rată înaltă a proximităților materne cauzate de instalarea șocului hemoragic în 14% din cazuri, hemoragii masive în 22% din cazuri, iar rata ridicată a intervenției cezariene (100%) a fost una cu dificultăți tehnice cauzate de *placenta Cezara* în 29% din cazuri, de *placenta accreta* în 10% din cazuri și a necesității de histerectomie în 12% din cazuri.

CZU: 618.5-089.888



PREINDUCȚIA ȘI INDUCȚIA NAȘTERII LA PACIENTELE CU BOLI NON-TRANSMISIBILE (BNT)

Irina Castraveț¹, Victor Petrov²

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

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

Cuvinte-cheie: sarcină, inducție a nașterii, cateter Folley, mizoprostol

Introducere

În ultimele decenii, datele statistice indică o creștere a numărului de nașteri provocate. Aceasta tendință este generată în mare măsură de numărul tot mai mare de sarcini cu risc, care necesită inducerea nașterii la gravidele cu col uterin imatur. Această intervenție poate conduce, la rândul său, la perturbarea procesului natural de declanșare a nașterii, având consecințe negative asupra evoluției travaliului, cu creșterea intervențiilor obstetricale și a rezultatelor perinatale nefavorabile. Printre complicațiile frecvente care pot apărea se numără hipoxia intrauterină a fătului, distocia colului uterin, insuficiența forțelor de contracție atât primară, cât și secundară, sau insuficiența scremetelor. Procedura de inducere a nașterii poate varia în funcție de regiune și țară, dar prevalența ei este tot mai mare în țările dezvoltate, ajungând să reprezinte până la 25% din totalul nașterilor.

Scopul studiului constă în evaluarea eficacității preinducției și inducției nașterii prin metoda mecanică cu aplicarea cateterului Folley.

Materiale și metode

Studiul a inclus 114 gravide spitalizate în secția Terapiei sarcinii a IMSP Institutul Mamei și Copilului cu BNT la termen >37 s.a. pentru pregătire prenatală și declanșarea nașterii, având în vedere riscurile majore pentru mamă și făt. Maturația colului uterin a fost evaluată conform scorului Bishop, arătând un col imatur (scorul 3-5 puncte) la toate gravidele. Factorii de excludere pentru efectuarea preinducției au inclus indicațiile pentru operația cezariană electivă, ruperea prematură a membranelor și procesele inflamatorii ale cailor de naștere. Astfel, la toate pacientele, pentru preinducție s-a utilizat cateterul Folley, 18 G, cu un volum de 30-50 ml. Rezultatele au fost evaluate conform scorului Bishop peste 18 ore sau la debutul travaliului, cu înlăturarea ulterioară a dispozitivului. În cazurile în care acțiunea mecanică de pregătire a colului uterin timp de 18 ore a fost insuficientă, s-a continuat preinducția cu o doză de prostaglandina E₁ (PG E₁) – Mizoprostol 25 μg oral, eficacitatea etapei a doua de preinducție fiind apreciată la 24 de ore. La gravidele cu col uterin matur, inducerea nașterii a fost realizată prin amniotomie, iar la cele cu col uterin imatur s-a recurs la administrarea PG E₁ în forma buvabilă.

Rezultate

În 111 (96,5%) cazuri, aplicarea cateterului Folley a condus la modificări structurale ale colului uterin. La 19 (16,6%) gravide, pe fondul aplicării cateterului Folley, nașterea a debutat într-un interval de 6-18 ore. La evaluarea stării colului uterin peste 18 ore, s-a constatat că la 66 (57,9%) de paciente scorul Bishop a fost mai mare de 5 puncte, ceea ce a permis inducerea ulterioară a nașterii prin amniotomie sau administrarea PG E₁ – forma buvabilă. La 29 (25,4%) paciente, cu scopul continuării preinducției, s-a