



SARCINA MULTIPLĂ CU TRIPLEX – CAUZA NAȘTERILOR PREMATURE EXTREME

Zinaida Sârbu¹, Uliana Tabuica², Irina Sagaidac³, Liudmila Stavinskaia⁴

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, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, asistent universitar

Cuvinte-cheie: tripleți, naștere prematură extremă, sepsis

Introducere

Nașterea prematură (NP) continuă să fie o provocare în obstetrica contemporană și medicina perinatală. Incidența acestora în întreaga lume variază între 2,5% și 30%, iar în Republica Moldova este de 5,6%.

Analiza datelor din literatura de specialitate din ultimii 5 ani indică faptul că anual se nasc prematur aproximativ 15 milioane de copii, ceea ce implică un consum imens de resurse materiale pentru îngrijire, tratament și reabilitare. De asemenea, unul din zece copii născuți prematur (1 milion) decedează în fiecare an din cauza complicațiilor nașterii premature, iar cei care supraviețuiesc se confruntă adesea cu dizabilități, inclusiv probleme neurologice, vizuale și auditive.

Scopul

Prezentarea a două cazuri clinice de sarcină cu tripleți, pentru a demonstra lipsa unei corelații între modul de finalizare a sarcinii și rezultatele perinatale în nașterea prematură extremă.

Materiale și metode

Evaluarea rezultatelor clinice ale sarcinilor cu tripleți care s-au finalizat cu naștere prematură extremă.

Caz clinic

În primul caz, pacienta X, în vârstă de 38 de ani, a fost transferată la Centrul Perinatal de nivel III cu diagnosticul: Sarcină 24+5 s.a, GII NII Triplex tricoloric, triamniotic, obținută prin fertilizare *in vitro* (FIV). AOC (1 naștere prematură la 22 s.a). A fost diagnosticată cu insuficiență istmico-cervicală. Cerclaj pe col+pesar obstetrical. RPPA pretermen și HTA esențială de gradul II, precum și obezitate de gradul III.

Din extras s-a constatat că înainte cu 7 zile s-a finalizat profilaxia SDR cu dexametazon. La examenul obstetrical ulterior, s-a scos sutura și pesarul obstetrical de pe col, obținând o deschidere a colului de 6 cm, cu prezentație cefalică a primului făt.

S-a stabilit diagnosticul de sarcină 25 de săptămâni și 4 zile, multiplă cu tripleți și RPPA pretermen.

S-a decis continuarea nașterii *per vias naturalis*. După aproximativ 4 ore, nașterea s-a finalizat cu nașterea a trei feți vii, F1 – M=690 g, Apgar 3/5 p, F2 – M=800 g, Apgar 3/5 p, F3 – M=600g, Apgar 3/5 p. Aceștia s-au dovedit a fi extrem de imaturi la naștere, prezentând respirații ineficiente și tegumente cianotice, motiv pentru care nou-născuții au fost intubați și plasați la VAP cu FiO₂ 100%. Evoluția stării nou-născuților F2 și F3 a fost negativă, ambii decedând pe 23.05.22, din cauza sepsisului neonatal precoce.

Nou-născutul F1, care a prezentat o stare gravă la naștere, a răspuns pozitiv la tratamentul complex și, cu o dinamică pozitivă, a fost transferat în secția de prematuri pentru monitorizare ulterioară. Apoi, a fost externat la domiciliu în stare satisfăcătoare. În anul 2024 a implinit 2 ani.

În al doilea caz, pacienta Z., în vârstă de 30 de ani, a fost internată în spital prin intermediul AMU cu dureri moderate în regiunea inferioară lombară, preponderent pe partea dreaptă, cu diagnosticul: Sarcină 25 s.a., GI. NI. AOC (sterilitate 13 ani) și AGC (laparoscopie în 2017 și 2018). Concepție obținută prin FIV. Diagnosticul prenatal a relevat un triplex biamniotic (F2/F3), bicorial (F2/F3) și iminentă de naștere prematură.

Gravida a fost monitorizată în dinamică în condiții de staționar obstetrical, timp de 14 zile, după care au apărut brusc eliminări sangvinolente abundente și s-a decis finalizarea sarcinii prin operație cezariană de urgență. La operație au fost extrași 3 feți vii: F1 – M=970, Apgar 6/7 p, F2 – M=790 g, Apgar 6/7 p și F3 – M=870 g, Apgar 6/7 p.

Nou-născuții au fost transferați în secția de reanimare pentru nou-născuți, având în vedere imaturitatea lor extremă și respirațiile ineficiente. Starea nou-născuților a evoluat negativ, iar decesul acestora a survenit la F1 pe 7 decembrie 2020, la F2 pe 19 noiembrie 2020 și la F3 pe 22 noiembrie 2020, din cauza sepsisului neonatal precoce și a pneumoniei congenitale.

Concluzii

Nașterea în sarcinile multiple premature extreme prezintă rezultate perinatale similare indiferent de metoda de finalizare – *per vias naturalis* sau prin operație cezariană. Operația cezariană este indicată în cazul apariției complicațiilor care pun în pericol viața gravidei: DPPNÎ, *placenta previa*, preeclampsie severă sau exlampsie etc.

CZU: 618-3-06:616.379-008.64



SARCINA ȘI DIABETUL ZAHARAT

Zinaida Sârbu¹, Uliana Tabuica², Irina Sagaidac³, Liudmila Stavinskaia⁴

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, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, asistent universitar

Cuvinte-cheie: diabet, patologie extragenitală, nefropatie, sarcină

Introducere

Diabetul zaharat complică până la 10% din toate sarcinile. Dintre acestea, între 0,2% și 0,5% sunt pacienți cu diabet zaharat de tip I. Progresele recente în tratamentul cu insulină și metodele de administrare au crescut numărul de opțiuni disponibile pentru echipa obstetrical-endocrinologică pentru finalizarea sarcinii la termene viabile pentru făt.

Scopul studiului este de a investiga abordarea multidisciplinară a conduitei sarcinii la gravidele cu DZ tip I complicat, în vederea finalizării sarcinii la termen viabil pentru făt, luând în considerare și semnele de pericol pentru viața gravidei.

Materiale și metode

Evaluarea rezultatelor clinice, de laborator și instrumentale la o gravidă cu DZ de tip I insulino-dependent complicat.

Caz clinic

Pacienta X, în vârstă de 21 de ani, s-a prezentat inițial prin intermediul AMU cu diagnosticul de sarcină în săptămâna a 25-a, GI, NI. Iminență de naștere prematură. DZ de tip I complicat cu insuficiență renală cronică, nefropatie, hidronefroză de gradul III și retinopatie diabetică.

Potrivit antecedentelor, gravida a fost diagnosticată cu DZ de tip I de la vârsta de 6 ani. Cu toate că a urmat un tratament cu preparate insulinice corijate de medicul endocrinolog, afecțiunea s-a agravat prin complicațiile descrise mai sus.

Pe fondul acestor complicații, sarcina a evoluat fiziologic până la săptămâna a 25-a, moment în care DZ de tip I și complicațiile asociate s-au acutizat (creatinina 229, ureea 22).

A fost organizat un consiliu multidisciplinar între consultanții specialiști (nefrolog, urolog, ginecolog, reanimatolog, endocrinolog) pentru a evalua evoluția sarcinii în favoarea menținerii acesteia. Rezultatul acestui consiliu a fost un plan de tratament multidisciplinar al gravidei care a condus la o ameliorare clinică și de laborator (creatinina 135, ureea 12).

La termenul de 36 de săptămâni, conform planului stabilit, sarcina a fost finalizată prin operație cezariană. A fost extras un făt de gen feminin, cu o greutate de 2380 de grame și un scor Apgar 7/8.

Concluzii

Abordarea multidisciplinară a unei gravide cu patologie extragenitală agravată permite elaborarea unei conduite complexe interdisciplinare, având ca rezultat obținerea unor condiții optime pentru finalizarea favorabilă a sarcinii atât pentru mamă, cât și pentru copil.