

BULETIN DE PERINATOLOGIE

REVISTĂ ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ

PERINATOLOGY BULLETIN

JOURNAL OF RESEARCH AND PRACTICE

Revistă științifico-practică
Fondată în 1998

REPUBLICA MOLDOVA, CHIȘINĂU ISSN 1810-5289

CUPRINS

CONTENTS

ARTICOLE ORIGINALE

ORIGINAL ARTICLES

- | | | |
|---|----|--|
| <p>Aliona Bogdan-Moraru, Gheorghe Paladi, Ala Curteanu, Valentina Gurău
IMPLEMENTAREA STANDARTELOR EUROPENE PRIVIND ÎNREGISTRAREA COPIILOR CU MASA EXTREM DE MICĂ (500-1000G) ÎN REPUBLICA MOLDOVA</p> | 3 | <p>Aliona Bogdan-Moraru, Gheorghe Paladi, Ala Curteanu, Valentina Gurau
IMPLEMENTATION OF THE EUROPEAN STANDARDS IN REGISTRATION OF THE NEW-BORN WITH EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT (500-1000 GR.) IN THE RM</p> |
| <p>Olga Cernetchi, C. Ostrofeț, I. Sagaidac, M. Cemortan
HEMORAGIILE POST-PARTUM PRIMARE</p> | 9 | <p>Olga Cernetchi, C. Ostrofet, I. Sagaidac, M. Cemortan
PRIMARY POSTPARTUM OBSTETRIC HEMORRHAGES</p> |
| <p>Gh. Paladi, Corina Iliadi-Tulbure, Viorica Coșpormac, D. Șișcanu, Natalia Gheorghieva
EVALUAREA MANAGEMENTULUI CAZURILOR CU HEMORAGIE POST-PARTUM FINALIZATE PRIN HISTERECTOMIE</p> | 12 | <p>Gh. Paladi, Corina Iliadi-Tulbure, Viorica Coshpormac, D. Shishcanu, Natalia Gheorghieva
EVALUATION OF MANAGEMENT IN POST-PARTUM HEMORRHAGE FINALISED BY HYSTERECTOMY</p> |
| <p>Rodica Catrinici, Cristina Bubulici, Diana Mitriuc
DISTOCIA DINAMICĂ – PARTICULARITĂȚI DE EVOLUȚIE A NAȘTERILOR</p> | 17 | <p>Rodica Catrinici, Cristina Bubulici, Diana Mitriuc
DYNAMIC DYSTOCIA - BIRTH DEVELOPMENT PARTICULARITIES</p> |
| <p>Șt.Gațcan, V. Petrov, I. Opalco, V. Pădure, Lilia Sinițina, V. Petrovici, V. David, Ch. Grecu
MORTINATALITATEA PRETERMEN: CONSECINȚĂ A PATOLOGIEI SARCINII SAU PLACENTEI</p> | 20 | <p>Sht.Gatcan, V. Petrov, I. Opalco, V. Padure, Lilia Sinitina, V. Petrovici, V. David, Ch. Grecu
PRETERM STILLBIRTH: CONSEQUENCE OF PATHOLOGY OF PREGNANCY OR PLACENTA.</p> |
| <p>Daniela Roșca, A. Serbenco
STATUTUL LIPIDIC MATERN PRENATAL ÎN SARCINA COMPLICATĂ CU DIABET ZAHARAT</p> | 27 | <p>Daniela Roshca, A. Serbenco
PRENATAL MATERNAL LIPID STATUS IN PREGNANCY COMPLICATED BY DIABETES MELLITUS</p> |
| <p>Valentin Friptu, Angela Marian-Pavlenco
TENDINȚA OPERAȚIEI CEZARIENE TIMP DE 10 ANI ÎN REPUBLICA MOLDOVA</p> | 34 | <p>Valentin Friptu, Angela Marian-Pavlenco
TRENDS OF CESAREAN SECTION FOR 10 YEARS IN REPUBLIC OF MOLDOVA.</p> |
| <p>Olga Cernetchi, Irina Sagaidac, Silvia Agop
ASPECTE CLINICO-EVOLUTIVE ALE SARCINII ȘI NAȘTERII LA GRAVIDELE CU MIOM UTERIN</p> | 39 | <p>Olga Cernetchi, Irina Sagaidac, Silvia Agop
CLINICAL ASPECTS OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA</p> |
| <p>Natalia Corolcova, Iurie Dondiuc
DISFUNȚIILE MENSTRUALE ȘI TULBURĂRILE PSIHOEMOȚIONALE LA PACIENȚELE ÎN PERIOADA REPRODUCTIVĂ</p> | 42 | <p>Natalia Corolcova, Iurie Dondiuc
MENSTRUAL DYSFUNCTIONS AND PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN REPRODUCTIVE PERIOD</p> |
| <p>Zinaida Sârbu, C. Ostrofeț, Silvia Agop, Irina Sagaidac, Ludmila Stavinskaia
DISFUNȚIILE MENSTRUALE LA PACIENȚELE TINERE CU SINDROM METABOLIC.</p> | 45 | <p>Zinaida Sarbu, C. Ostrofet, Silvia Agop, Irina Sagaidac, Ludmila Stavinskaia
MENSTRUAL DISORDERS IN YOUNG PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROM</p> |

Angela Marian-Pavlenco, Ecaterina Jdanov, I. Opalco
NAȘTEREA PREMATURĂ ȘI FACTORII DE RISC CE
INFLUENȚEAZĂ ASUPRA MORTALITĂȚII PERINATALE

50

Angela Marian-Pavlenco, Ecaterina Jdanov, I. Opalco
THE PRETERM BIRTH AND THE INFLUENCE FACTORS OF
PERINATAL MORTALITY.

Iu. Carauș
PERFORMANȚA, SUCESELE ȘI PROVOCĂRILE CENTRULUI
PERINATOLOGIC NIVEL III ÎN IMPLEMENTAREA
PROGRAMULUI NAȚIONAL DE PERINATOLOGIE ÎN
REPUBLICA MOLDOVA

58

Iu. Carauș
THE PERFORMANCE, SUCCESSES AND CHALLENGES
OF THE THIRD LEVEL PERINATAL CENTER IN THE
IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PERINATAL
PROGRAM IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Diana Hovanscaia, A. Serbenco, Natalia Stoianov, St. Groppa
PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ALE EPILEPSIEI
ÎN SARCINĂ ȘI NAȘTERE

62

Diana Hovanscaia, A. Serbenco, Natalia Stoianov, St. Groppa
CLINICAL EVOLUTION PARTICULARITIES OF EPILEPSY IN
PREGNANCY AND DELIVERY.

Silvia Agop, Olga Cernetchi, Zinaida Sârbu, Constantin Ostrofeț,
Irina Sagaidac, Tatiana Armaș
PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI ȘI CONDUITA LĂUZELOR
CU BOALA INFLAMATORIE PUERPERAL-SEPTICĂ

66

Silvia Agop, Olga Cernetchi, Zinaida Sarbu, Constantin Ostrofeț,
Irina Sagaidac, Tatiana Armash
EVOLUTION PARTICULARITIES AND CONDUCT IN
POSTPARTUM FEMALES WITH PUERPERAL-SEPTIC
INFLAMMATORY DISEASE

Olga Cernetchi, Silvia Agop, Zinaida Sârbu
INFECȚIA HERPETICĂ ASIMPTOMATICĂ LA GINECOPATE

71

Olga Cernetchi, Silvia Agop, Zinaida Sarbu
ASYMPTOMATIC HERPES INFECTION AT WOMEN

Zoreana Cazacu
EVALUAREA POSIBILITĂȚILOR FETALE DE ADAPTARE LA
GRAVIDELE CU TUBERCULOZĂ ACTIVĂ A ORGANELOR
RESPIRATORII

74

Zoreana Cazacu
ASSESSING FETAL ADAPTATION POSSIBILITIES IN
PREGNANT WOMEN WITH ACTIVE TUBERCULOSIS OF THE
RESPIRATORY ORGANS

Svetlana Jubîrcă, Corina Iliadi-Tulbure
CONDUITA SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM
LA ADOLESCENTE

78

Svetlana Jubirca, Corina Iliadi-Tulbure
THE MANAGEMENT OF PREGNANCY, DELIVERY AND POST-
PARTUM PERIOD IN ADOLESCENCE

C. Burnus, V. Rotaru, A. Pleșacov
NAȘTEREA LA PARTURIENȚELE CU RUPEREA PRENATALĂ
A MEMBRANELOR AMNIOTICE LA TERMEN

82

C. Burnus, V. Rotaru, A. Pleshacov
THE LABOR IN WOMEN WITH PRENATAL RUPTURE OF
AMNIOTIC MEMBRANES AT TERM

Corina Iliadi-Tulbure, Svetlana Jubîrcă, Viorica Coșpormac,
Cristina Mușșiev, Ana Batîr
CONTROLUL DURERII ÎN TRAVALIU

86

Corina Iliadi-Tulbure, Svetlana Jubirca, Viorica Coshpormac,
Cristina Murshiev, Ana Batir
PAIN CONTROL IN LABOUR

Șișcanu Dumitru, Iliadi-Tulbure Corina, Bolun Andriana, Viorica
Chihai, Valentina Gurău
SUGESTII PRIVIND PERCEPȚIA POPULAȚIEI REFERITOR
LA PREGĂTIREA PRECONCEPȚIONALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

91

Shishcanu Dumitru, Iliadi-Tulbure Corina, Bolun Andriana,
Viorica Chihai, Valentina Gurau
SUGGESTIONS ABOUT POPULATION PERCEPTION ON
PRECONCEPTIONAL CARE IN REPUBLIC OF MOLDOVA

Gheorghe Paladi, Olga Gagauz
TENDINȚE DEMOGRAFICE ȘI PROVOCĂRI PENTRI SISTEMUL
DE OCROTIRE A SĂNĂȚĂȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

94

Gheorghe Paladi, Olga Gagauz
DEMOGRAPHIC TRENDS AND CHALLENGES TO THE
HEALTH PROTECTION SYSTEM FROM THE REPUBLIC OF
MOLDOVA

În baza Regulamentului „Cu privire la evaluarea și clasificarea revistelor științifice”, aprobat prin Hotărîrea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al Academiei de Științe a Moldovei și Consiliului Național pentru Acreditare și Atestare nr. 196 din 18.10.12, Consiliul Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al AȘM și Consiliul Național pentru Acreditare și Atestare "Buletinul de Perinatologie" s-a conferit **Categoria B**

EDITORIAL BOARD

President, executive Chairman of the editorial board -
GLADUN Sergiu, M.D., Director of the MCI
Vice President - prof. **EȚCO Ludmila**, doctor habilitate in
medical sciences, professor of the MCI
Vice President - prof. **REVENCO Ninel**, doctor habilitate
in medical sciences, univ. professor, Head of Pediatric
Department of the MFU "N. Testemițanu"
Responsible Secretary - **OPALCO Igor**, M.D., Senior
Researcher, Scientific laboratory in obstetrics of the MCI

MEMBERS PROFESSOR

Gudumac Eva, Cernetchi Olga, Boian Gavriil, Moșin Veaceslav, Curteanu
Ala, Mihai Ion, Palii Ina, Babuci Veaceslav, Paladi Gheorghe, Friptu Valentin,
Sinițina Lilia, Stamatin Maria (Romania); Burlea Marin (Romania); Stoicescu
Silvia (Romania); Dahno Feodor (Ukraine); Șunico Elizaveta (Ukraine);
Godovaneț Iulia (Ukraine); Carapato RM. (Portugal); Ivanov Oleg (Russia);
Șifman Efim (Russia); Rusnac Tudor (Russia); Maciej Banach (Polonia);
Apostolis Athanasiadis (Greece); Anstacilis Aris (Greece); Nežole Dvazdiene
(Lithuania); Arunas Valiulis (Lithuania); Mihai Leonida Neamțu (Romania);
Irina Nichițina (Russia); Vartanov Vladimir (Russia).

Adresa redacției:
2032, Republica Moldova,
Chișinău, str. Burebista, 93, bir. 207
Tel.: 079542533

Revista a fost înregistrată la Ministerul de justiție al Republicii Moldova a 03.06. 1998.
Certificat de înregistrare Nr. 48
Redactor V. Batâr/ Redactor tehnic și artistic C.C. Marius
Tiparul a fost executat la Tipografia "Reclama" sub Comanda nr. 304, tiraj 500 ex.
Chișinău, str. Alexandru cel Bun 111.



Aliona Bogdan-Moraru, Gheorghe Paladi, Ala Curteanu, Valentina Gurău
**IMPLEMENTAREA STANDARTELOR EUROPENE PRIVIND ÎNREGISTRAREA COPIILOR
CU MASA EXTREM DE MICĂ (500-1000G) ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
Catedra Obstetrică și Ginecologie nr.2*

SUMMARY

IMPLEMENTATION OF THE EUROPEAN STANDARDS IN REGISTRATION OF THE NEW-BORN WITH EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT (500-1000 GR.) IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA.

Key words: premature births, children with extremely low birth weight, perinatal mortality.

Introduction: *This article presents the results of a retrospective and prospective research that included 830 preterm births between 22-28 gestation weeks and 853 extremely low birth weight newborns (500-1000g). The second stage of the investigation (2013-2015 years) deals with the influence of preterm deliveries with premature rupture of membranes on mortality and morbidity indicators among children depending on the gestation period and the method of delivery (spontaneous delivery or delivery with expectant management).*

The goal of the study: *During this particular study were analyzed all the medical and socio-demographic particularities of the pregnant women, determining the incidence of such births, the evidence of particularities in pregnancy and birth evolution, perinatal losses establishment and survival rate of newborns dependent on the terms of gestation and birth weight.*

Materials and methods: *It was used the information from the Statistic wear book of the National Bureau of Statistics of the Ministry of Health, the clinical and laboratory data obtained from the observation records of mother's, newborns of Neonatal Department of Intensive Care and Resuscitation and the data from the observation questionnaire.*

Results: *The study results established a 0,4% incidence of premature births between 22-28 weeks gestation terms out of total number of births and 9,2% from the number of premature births. Most pregnant women included in the survey belonged to disadvantaged social group, with low level of education (64,9%). One of five pregnant women was not on the recorded evidence of a family doctor and the first time that they asked for medical care was in the early process of triggering the birth with premature rupture of the amniotic membranes preterm.*

Conclusions: *The studied perinatal losses among children born with extremely low birth weight 500-1000g, showed a far lower rate (26,2%) of survival compared with similar indicators in the economic developed countries. Of all children born till 25 weeks of gestation, the survival rate was 10,3%. From 527 newborns alive, 60% died in the early neonatal period. Taking into consideration the results, conclusions and recommendations were formulated, aimed to improving the medical care of pregnant women with eminent abortion, as well as of children born with extremely low birth weight 500-1000g, 22-28 weeks of gestation terms. The comparative analysis of two methods of delivery showed no significant differences in perinatal mortality. However, morbidity indicators proved to be much higher in case of preterm delivery with premature rupture of membranes with expectant management.*

РЕЗЮМЕ

**ВНЕДРЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАНДАРТОВ РЕГИСТРАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА (500-1000 ГР.) В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА**

Ключевые слова: преждевременные роды, детей с экстремально низкой массой, перинатальной смертности, репродуктивные потери.

Введение: *В этой работе представлены результаты ретроспективного анализа 830 случаев преждевременных родов при сроках беременности 22-28 недель и 853 детей, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) (500-1000 г). Второй этап исследования (2013-2015 г.) посвящен оценке влияния преждевременных родов с разрывом плодных оболочек на показатели смертности и заболеваемости среди родившихся детей в зависимости от срока гестации и способа родоразрешения (спонтанные роды, роды с использованием выжидательной тактики).*

Материалы и методы: Были изучены медико-социальные и демографические особенности беременных, частота этих родов, особенности течения беременности и родов, перинатальные потери и степень выживаемости этих детей в зависимости от срока гестации и массы при рождении.

Цель исследования: Определить медицинские, социальные и демографические при преждевременных родов в сроках гестации 22-28 недель.

Результаты: результаты исследования показали, что большинство беременных женщин-64,9%, принадлежали к низкому социальному классу и уровню образования. Каждая пятая женщина не находилась под наблюдением медицинских работников, несмотря на отягощенный соматический, акушерский и гинекологический анамнез.

Выводы: Полученные результаты показали высокий уровень перинатальных потерь низкая частота выживаемости детей с экстремально низкой массой-26,2%, из рожденных детей в сроке 22-24 недель не выжил ни 1 ребенок, а выживаемость рожденных в сроке 25 недель, составили 10,3%. Сравнительный анализ этих двух методов родоразрешения показал отсутствие значимых различий в уровне перинатальной смертности. Однако, показатели заболеваемости оказались значительно выше в случае ведения преждевременных родов с излитием околоплодных вод с использованием выжидательной тактики.

Actualitatea. Astăzi, când în toată lumea se poartă discuții în ceea ce privește complexul de acțiuni orientate spre stoparea declinului demografic, procesele ce au loc în domeniul reproducerii umane necesită o atenție deosebită, atât din punct de vedere numeric, cât și calitativ.

Actuala evoluție demografică nefavorabilă, condiționată de modificările comportamentului familial, moral și socio-economic, acces redus la serviciile de sănătate calitative, au condus la înrăutățirea sistemului de procreare, în care se atestă un nivel sporit al pierderilor reproductive, o rezervă importantă în creșterea populației.

Pierderile reproductive reprezintă criteriul obiectiv în aprecierea factorilor medicali, biologici și socio-economici asupra sănătății femeii gravide și a nou-născutului, ele evidențiază principalele priorități în domeniul sănătății mamei și copilului, a nivelului de organizare al serviciului obstetrical-ginecologic, planificarea și folosirea rațională a cadrelor medicale și a resurselor materiale.

În lume se nasc anual aproximativ 13 milioane de copii prematuri, care sunt responsabili de 50% din mortalitatea perinatală; 60-70% din decesele neonatale și 1/3 din cele infantile [4,5,7]. Tratamentul și îngrijirea acestor copii reprezintă o problemă destul de complicată, dacă luăm în considerare că ei se nasc cu o patologie maternă preexistentă sarcinii și pentru îngrijirea lor și reabilitarea îndelungată a deficiențelor tardive des întâlnite se consumă imense resurse materiale. În SUA costurile determinate de asistența medicală acordată nou-născuților cu greutate mică la naștere se ridică la sute de mii de dolari pe caz [16].

Nașterea prematură continuă să fie una din cele mai mari provocări ale obstetricii contemporane și medicinei perinatale, dacă luăm în considerație că pe parcursul ultimelor decenii nu se observă o tendință de scădere a acestor nașteri, rata lor menținându-se la nivel 10-15%, cu devieri de la 4-5% în țările economic dezvoltate până la 30% în cele în curs de dezvoltare. În SUA în comparație cu anii 80 ai secolului tre-

cut incidența nașterilor premature a crescut către anii 2010 cu 30%. Încercările întreprinse în ultimii decenii de a micșora ratele nașterilor premature în plan global, inclusiv în țările economic dezvoltate, nu s-au încununat cu succes. Factorii care au contribuit și continuă să influențeze asupra sporirii numărului acestor nașteri pot fi explicat prin înrăutățirea sănătății reproductive și nu putem nega rolul implementării pe larg a noilor tehnologii avansate în sistemul de procreare, prin aplicarea metodelor de reproducere asistată, care măresc numărul de nașteri multiple și al copiilor prematuri [8,18].

O deosebită atenție, în ceea ce privește nașterea prematură și copilul prematur, merită acele procese, care s-au desfășurat în a II-a jumătate a sec. XX-lea în ce privește limita inferioară a viabilității copilului prematur. Până în anii '80 ai secolului trecut copii născuți sub 1000g nu erau considerați viabili și nu erau supuși înregistrării în statisticile naționale [1,11].

Ca rezultat al progresului științei medicale, al implementării noilor tehnologii avansate și formării noilor condiții pentru tratament și îngrijirea acestor copii, îndeosebi în domeniul neonatologiei, datorită organizației Centrelor de Perinatologie, a regionalizării asistenței serviciului perinatal, limita inferioară de viabilitate a masei copilului prematur a coborât treptat de-a lungul timpului. Acțiunile întreprinse au demonstrat, că mortalitatea între copii prematuri poate fi micșorată, inclusiv între cei născuți cu masa extrem de mică la naștere (Extremely Low Birth Weight, ELBW) (500-1000 g) între termenii de gestație 22-28 săptămâni [15,19].

Unele publicații din ultimii ani ne arată că supraieșuirea copiilor cu masa corporală extrem de mică la naștere la termenii de 23-26 săptămâni poate atinge cifra de 30-60%, între cei născuți la 26-28 săptămâni - de 60-70% [19].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) bazându-se pe aceste rezultate, începând cu anii 1980, a elaborat noi criterii de viabilitate a acestor copii cu MEMN, subliniind în același timp că termenii de gestație ca-

racterizează gradul de maturitate al copilului, acesta reprezentând un criteriu mai informativ în aprecierea prognosticului viabilității nou-născutului. Aceasta hotărâre atât în aspect medical, cât și informațional, a fost orientată spre implementarea standardelor și criteriilor europene spre a obține date statistice comparative a indicatorilor perinatali în diferite țări și regiuni ale lumii [19].

În Republica Moldova, la recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, înregistrarea oficială în statistica națională a acestor copii a început de la 01.01.2008, conform ordinului nr. 452 din 06.12.2007 al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova [3].

Astăzi problema nașterii premature (NP), îndeosebi la termene de gestație 22-28 săptămâni reprezintă un subiect de discuții la diferite forumuri științifice internaționale. În publicațiile din ultimii ani se expun diferite păreri în ceea ce privește problema. prematurității extreme. Cu regret, nu cunoaștem care ar fi incidența NP la termene de gestație 22-28 săptămâni, care este limita inferioară de viabilitatea la copiii cu MEMN 500-1000g. Noi nu dispunem de informație științifică referitoare la evoluția sarcinii și nașterii la acest termen de gestație cu RPPA [2,3,6].

Scopul studiului nostru a fost orientat spre evidențierea particularităților medico-socio-demografice ale nașterilor premature la termene de gestație 22-28 săptămâni, determinarea eficacității tacticii active și expectative de conduită a pacienților cu RPPA, evaluarea consecințelor prematurității extreme asupra pierderilor perinatale în funcție de modalitatea de naștere (spontană sau expectativă).

Materiale și metode

Pentru a realiza scopul cercetării și a obiectivelor înaintate a fost proiectat un studiu clinic îndeplinit în 2 etape: prima etapa retrospectivă (2008-2012), a doua - prospectivă (2013-2015). Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării a fost planificat studiul de cohortă de prognostic, folosită informația statistică al Ministerului Sănătății, analiza detaliată a fișelor de observație a pacienților, precum și datele despre nou-născuți obținute din documentația secțiilor de reanimare și terapie intensivă a nou-născuților. De asemenea a fost analizată informația obținută la întrebările unui chestionar elaborat pentru cercetare.

Materialele obținute au fost special procesate cu ajutorul programului „Statistical Parameter the Social Sciences ver. 20 pentru Windows (SPSS YNC Chica 90 6L 2011)”.

Pentru a respecta principiile eticii medicale s-a recurs la informarea familiei pentru a primi acordul acestora, privind complexul de investigații și folosirii remediilor terapeutice. Pacientele au fost asigurate despre respectarea confidențialității și anonimatului asupra datelor personale.

Rezultate și discuții.

În studiul retrospectiv au fost incluse 830 de gravide, care au născut 853 de nou-născuți în două centre perinatologice din orașul Chișinău: IMPSP Centrul Mamei și Copilului și SCM nr.1. Rezultatele studiului retrospectiv (2008-2012) au demonstrat, că în aceasta perioada la un număr de 19785 nașteri, 9531 (4,8%) au fost premature, inclusiv 830 (0,4%) între termenele de gestație 22-28 săptămâni, cu rata de 0,4% către numărul total de nașteri și de 9,2% din totalul de nașterii premature. Se observă o rată scăzută a acestor nașteri în comparație cu țările europene, care poate fi explicată prin faptul, că în toate maternitățile din întreaga republică funcționează un procent impunător de paturi destinate gravidelor cu diferite complicații a evoluției sarcinii, atât obstetricale cât și somatice. În structura acestor paturi, 30-40% revin gravidelor cu iminență de întrerupere a sarcinii.

Incidența nașterilor premature în diferite țări depinde de rata natalității, de starea socio-economică, nivelul de cultură și trai, educație, și nu în ultimul rând, de nivelul calității de deservire medicală și al resurselor financiare alocate de sistem, îndeosebi, în domeniului mamei și copilului.

Majoritatea gravidelor incluse în cercetare au aparținut grupului social defavorizat cu un nivel scăzut de instruire și școlarizare 64,9% și un potențial reproductiv compromis. Fiecare a 5-ea gravidă nu s-a aflat în evidența medicului de familie. La fiecare pacientă anamneza obstetricală era agravată cu pierderi reproductive, avorturi spontane repetate, nașteri premature.

Pe parcursul perioadei de investigație (2008-2012), datele studiului nu a evidențiat schimbări semnificative atât numerice cât și calitative ale indicatorilor perinatali [3] (tab.1).

Tabelul 1.

Pierderile perinatale printre copii născuți cu masa extrem de mică (500-1000g) în Republica Moldova, 2008-2012 (abs.,%).

Anul		2008	2009	2010	2011	2012	Total
Total născuți cu masa extrem de mică		155	185	160	171	182	853
Decedați neonatal precoce							
1 săpt	nr.abs	49	68	64	65	68	314
	%	563±5,3	591±4,4	621±4,8	619±4,7	581±4,6	596±2,1
24 ore	nr.abs	45	29	53	39	40	206
	%	51,7±5,4	25,2±4,1	51,5±4,9	37,1±4,7	34,2±4,4	39,1±2,1
Decedați neonatal tardiv	nr.abs	15	11	18	15	16	75

Rezultatele studiului nostru au arătat, că din cei 527 de copii născuți vii, în perioada neonatală precoce au decedat 314 (59,6±%), dintre care 206 (39,1±2.12%) în primele 24 ore. Așadar, mortalitatea neonatală precoce a constituit 59,8%. Ponderea acestor copii în rata mortalității perinatale constituie 29%, cea neonatală precoce, - 18% și cea infantilă, - 19,5%.

Dintre copiii născuți la termene sub 24 săptămâni de gestație nu a supraviețuit nici unul, în rândul celor născuți la termenul de gestație 25 săptămâni, viabilitatea a constituit numai 10,3%.

Durata medie de îngrijire în staționar a unui copil care a supraviețuit a fost de 72 zile, iar costul unei zile care de tratament a fost de 372 lei, de aproximativ opt ori mai mic decât în centrele perinatologice ale țărilor economic dezvoltate.

În unele publicații din ultimii ani viabilitatea copiilor născuți cu masa 500 g atinge cifra de 14%, între cei de 800 g, peste 85%. Aceste succese obținute de centrele de perinatologie ale țărilor economic dezvoltate se datorează implementării pe larg a tratamentului cu corticosteroizi, metodelor performante de resuscitare a nou-născuților începând cu sala de naștere și nu mai puțin important, folosirii surfactantului, a cărui administrare în tratamentul destresei respiratorii în centrele de reanimare și terapie intensivă ale Republicii Moldova a fost, cu regret, limitată.

Etapa a doua a studiului, care a cuprins anii 2013-2015 a fost consacrată determinării eficacității tacticii active și expectative de conduită a pacienților cu ruperea prematură a membranelor amniotice (RPMA) între termenele de gestație 25-28 săptămâni. Evaluarea consecințelor prematurității extreme asupra morbidității și mortalității perinatale în funcție de modalitatea de naștere (spontană-expectativă) elaborarea unui algoritm orientat spre optimizarea conduitei sarcinii și nașterii premature cu RPPA la termene de gestație 25-28 săptămâni.

Un subiect de o importanță deosebită, larg supus discuției în ultimii ani atât în literatura de specialitate cât și la diferite forumuri științifice prezintă conduita sarcinii și nașterii cu ruperea prematură a membranelor amniotice la termenele de gestație 24-28 săptămâni. Spre deosebire de conduita sarcinii și nașterii premature cu RPMA la termenii de gestație 34-37 săptămâni are un răspuns mai mult sau mai puțin clar, rezolvarea sarcinii și nașterii premature la termenii de gestație 24-28 săptămâni prezintă una dintre cele mai controversate și nesoluționate probleme.

Astăzi nu există o părere unică în ceea ce privește conduita sarcinii și nașterii la termene de gestație 24-28 săptămâni. Unii autori susțin ideea de a prelungi sarcina ce ar putea contribui la nașterea unui copil cu masa corporală mai mare și o rată de viabilitate sporită. Alții consideră că prelungirea sarcinii în cazul RPMA prezintă un factor de risc pentru favorizarea complicațiilor infecțioase. Aceste păreri contradicto-

rii fac ca medicul obstetrician să se afle în fața unei dileme complicate, în luarea unei decizii corecte de rezolvare a nașterii care să corespundă atât interesului mamei cât și al copilului. În fața medicului apar o mulțime de întrebări care nu pot fi soluționate numai prin intermediul cunoștințelor pur medicale, ele în mare măsură depind și de interese, drepturi și obligațiuni de etică.

Luând în considerare rezultatele studiului nostru retrospectiv care a constatat lipsa de viabilitate a copiilor născuți la termene de gestație 22-24 săptămâni, acești copii nu au fost incluși în cercetare, în studiul prospectiv au fost incluse doar gravidele cu termenii de gestație 25-28 săptămâni.

Prin urmare, pentru realizarea obiectivelor cercetării, în studiu au fost incluse 185 de paciente, care au născut în 2 centre de perinatologie din orașul Chișinău, IMPSP- Centrul Mamei și Copilului, IMPSP- Spitalul Clinic Municipal nr.1, în perioada anilor 2013-2015. Conform studiului de trai 55 de gravide proveneau din mediul urban și 130 din cel rural. Pentru rezolvarea obiectivelor incluse în studiu au fost folosite informațiile folosite în studiul retrospectiv. În intervalul de timp 2013-2015 în cele două centre perinatologice (Terțiale), au fost înregistrate 43792 de nașteri dintre care 3700 premature (84 %) inclusiv 383 (10.5 %) la termene de gestație 22-28 săptămâni, în raport cu modalitatea de naștere la termene de gestație 25-28 săptămâni, paciențele au fost repartizate în 2 loturi:

1. Lotul 1 – paciențele care au născut prin metoda activă – 103 gravide.
2. Lotul 2 – paciențele care au născut prin metoda expectativă – 82gravide.

În ce privește caracteristica medico – socială a pacienților ambelor loturi nu au existat diferențe semnificative. Majoritatea – 70% au fost de vârsta reproductivă optimă, între 20–30 ani, dar 30% din gestante – 54 la număr aveau peste 30 de ani. În structura parietății – 154 de gestante (82,2 %) au fost primipare-secundegeste, majoritatea din ele cu anamneză obstetricală-ginicologică și somatică compromisă, cu avorturi în antecedente, inclusiv spontane și 16 nașteri premature. În ceea ce privește particularitățile evoluției sarcinii prezente la paciențele incluse în studiu rezultatele au arătat că una din principalele complicații a fost iminența de întrerupere a sarcinii, condiționată de un spectru larg de factori cu impact negativ asupra sarcinii: Hiperemesis gravidarum, pielonefrita, vulvovaginitele bacteriene, oligoamnioza, polihidramnioza, anemia fierodeficitară, stresul cronic. Un număr impunător de gravide de repetate ori au fost spitalizate cu iminența de întrerupere a sarcinii în secțiile de patologie a gravidelor unde au urmat tratament de păstrare a sarcinii, inclusiv terapie tocolitică, glucocorticoizi și terapie antibacteriană.

La gravidele care au născut prin metoda activă (spontană) durata perioadei alichidiene a fost sub 18

ore, pe când la gravidele care au născut prin metoda expectativă durata acestei perioade a fost următoarea: 18-48 ore – 23 cazuri (28,04 %); 48- 72 ore -39 (45,56 %); mai mult de 72 h – 20 cazuri (24,39 %).

Mortalitatea neonatală în cazul prematurilor, și în cazul studiului actual, este semnificativ mai mare în cazul nou-născuților la termenul 25 – 26 săptămâni de gestație, comparativ cu același indicator atestat la nou-născuți cu termenul 27 – 28 săptămâni de gesta-

ție. Mortalitatea neonatală precoce (0-6 zile) rămâne practic constantă pentru anii 2013 – 2015, iar cea neonatală tardivă (7-27 zile) crește ușor, prezentând un trend ascendent începând din 2013.

Astfel, mortalitatea neonatală precoce pentru nou-născuții cu termenul de gestație 25-26 săptămâni la femeile cu ruperea prematură a membranelor a constituit 526,3% comparativ cu 289,0% pentru nou-născuții cu termenul de gestație 27-28 săptămâni (tab.2).

Tabelul 2.

Pierderile neonatale în categoria copiilor născuți la termenul de sarcină 25 – 28 săptămâni la femeile cu ruperea prematură a membranelor în perioada anilor 2013 – 2015 în Republica Moldova

Anii	Numărul de copii născuți vii la termenul de sarcină 25 – 28 săptămâni		Copii decedați în primele 6 zile de viață		Copii transferați la etapa II		Copii decedați la etapa II		Total copii care au supraviețuit	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
2013-2015	25-26 săptămâni	57	30	526,3%	27	47,37%	6	22,22%	21	36,84%
	27-28 săptămâni	128	37	289,0%	91	71,10%	3	3,29%	88	68,75%

Analizând rata deceselor pentru termenul 25 – 26 săptămâni de gestație și 27 – 28 săptămâni de gestație, putem menționa că rata cea mai mare din aceste decese în primele 6 zile de viață, micșorându-se în intervalul 7-27 zile.

Astfel, între prematurii cu termenul de gestație 25 – 26 săptămâni și 27 – 28 săptămâni, (Tabelul 2) există o diferență statistic semnificativă în ceea ce privește rata și durata supraviețuirii ($p=0,0001$, $\chi^2 = 17,156$).

Reducerea ratei de deces neonatal este un indica-

tor al ameliorării asistenței neonatale oferite în secțiile pentru nou-născuți și cele de reanimare și terapie intensivă neonatală.

În scopul profilaxiei detresei respiratorii, toate cele 82 gravide care au născut prin metoda expectativă, au primit terapie tocolitică, antibacteriană și tratamentul cu glucocorticosteroizi. Trebuie de menționat că rata pierderilor perinatale în ambele loturi de cercetare nu diferă una de alta, dar se constată o creștere a morbidității copiilor născuți prin metoda expectativă (tab.3).

Tabelul 3.

Caracteristica morbidității copiilor în funcție de metoda de terminare a sarcinii

Morbiditatea in perioada neonatala	Tactica activă, N=103		Tactica expectativă, N=82		x ² , p
	Nr de cazuri	%	Nr de cazuri	%	
Infecție intrauterină	10	9,7	19	23,17	6.259, 0.012
Pneumonie congenitală	6	5,8	13	15,85	4.982, 0.026
SDR ușor, mediu	31	30,09	27	32,92	-
SDR sever	10	9,7	12	14,63	-
Suferință respiratorie	42	40,77	61	74,39	20.903, 0.0000
Asfixie	6	5,8	11	13,41	-
Sepsis	11	10,67	16	19,51	-
Hemoragie pulmonară	2	1,9	5	6,09	-
HIV	10	9,7	18	21,95	5.327, 0.021
Acidoză	15	14,5	21	25,6	-
Dereglări metabolice	18	17,4	17	20,7	-
Persistența circulației fetale	16	15,5	23	28,04	4.298, 0.038

Conform rezultatelor studiului, copiii prematuri născuți prin aplicarea tacticii expectative au fost afectați mai frecvent de infecție intrauterină (x^2 6.259, 0.012), pneumonia congenitală (x^2 4.982, 0.026), suferința respiratorie (x^2 20.903, 0.0000), HIV (x^2 5.327, 0.021) și persistența circulației fetale (x^2 4.298, 0.038), com-

parativ cu copiii prematuri născuți prin tactica activă. Cazurile de infecție intrauterină și sepsis au fost condiționate de corioamionita la mamele lor ca urmare a tacticii expectative cu perioada alichidiană îndelungată, iar cazurile de HIV –de nașterea per vias naturalis, care a prevalat în acest grup, comparativ cu copiii născuți,

prin aplicarea tacticii active. Cu toate ca mamele copiilor prematuri nascuti prin tactica expectativa au primit tratamentul cu corticosteroizi antenatal, comparativ cu cei nascuti prin tactica activa, aceasta nu a avut efect semnificativ asupra aparitiei SDR de diferit grad de severitate. Necatind la administrarea de antibiotice de catre femeile care au nascut prin tactica expectativa, acestea au dezvoltat mai frecvent patologii infectioase, care a fost cauza frecventei crescute a infectiilor intrauterine si pneumonii congenitale la copii.

Concluzii

Publicatiile din ultimii ani ale savantilor din țările economice dezvoltate, cu centre de perinatologie bine dotate, arată că pe parcursul ultimelor decenii, ca rezultat al implementării noilor tehnologii și al noilor reforme de organizare, cu îmbunătățirea condițiilor de activitate ale secțiilor de reanimare și terapie intensivă, se constată o creștere a supraviețuirii copiilor născuți cu masa extrem de mică, începând de la termenele de gestație 25 săptămâni.

Rezultatele studiului nostru a constatat că incidența nașterilor premature la termene de gestație 22-28 săptămâni a constituit 0,4% din numărul total de nașteri și 9,2% din numărul total de nașteri premature.

Pacientele incluse în studiu, atât retrospectiv cât și în cel prospectiv au aparținut grupului social-economic defavorizant, cu un nivel scăzut de instruire și școlarizare, cu un potențial reproductiv și somatic compromis.

Din cei 527 copii născuți vii între termenii de gestație 22-28 săptămâni, atestați în perioada anilor 2008-2012, în primele 6 zile de viață (perioada neonatală precoce) au decedat 314 (59,6±2,1) dintre care 206 (39,1±2,1) au decedat în primele 24 ore de viață. Așadar, mortalitatea neonatală precoce a constituit 59%, rata de viabilitate -26,2±1,92. Nici un copil din cei născuți la termene de gestație 22-24 săptămâni nu a supraviețuit.

Actualmente, serviciul medical în domeniul mamei și copilului necesită o modernizare, atât la nivel primar, cât și spitalicesc prin implementarea noilor reforme organizatorice și curative orientate spre îmbunătățirea nivelului calitatii serviciului obstetrical și neonatal. Secțiile de reanimare și terapie intensivă, precum și centrele perinatale, necesită o înzestrare de urgență cu noi tehnologii avansate și aprovizionarea cu medicamente necesare la toate etapele de îngrijire a copiilor prematuri. Prin aceste măsuri se va îmbunătăți îngrijirea medicală acordată mamelor și copiilor.

Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 452 din 06.12.2007 necesită revizuire în ceea ce privește determinarea limitei inferioară de supraviețuire a copiilor născuți cu masa extrem de mică.

Bibliografie

1. ACOG practice bulletins, Obstetrics and Gynecology, 2002, 100,3, 617-624.

2. Bogdan A. și coaut. К вопросу о снижении перинатальных потерь среди новорожденных с экстремально низкой массой тела (500-1000). Все-

российский Междисциплинарный образовательный конгресс; Осложненная беременность и преждевременные роды: от вершин науки к повседневной практике, mai 2012, Moscova, p. 102-103.

3. Bogdan A. și coaut. Некоторые аспекты ведения беременности и родов при преждевременном излитии околоплодных вод в 22-28 недель гестации. Материалы XIII Всероссийского научного форума "Мать и дитя" сентябрь 2012, Moscova, p. 135-136.

4. BORN TOO SOON The global action report on preterm birth 2012 p. 112.

5. Баиборова Е.Н. и коав. Переход Российской Федерации на международные критерии регистрации рождения детей: взгляд организатора здравоохранения". Ж. Акушерство и гинекологий, 2013 №6.

6. Cernetchi O., Tabuica U., Darie D. Unele aspecte ale prematurității în Republica Moldova. Anualul statistic al Republicii Moldova 2008-2012, Anualul "Sănătatea publică în Republica Moldova" 1990-2012.

7. De Santis M. et al. Transabdominal amnioinfusion treatment of severe oligohydramnios in preterm premature rupture of membranes at less than 26 gestational weeks. Fetal diagn. Ther. 2003, 18; 412-7.

8. Yu. V. Y. H., Wong P.Y et al. Outcome of Extremely-Low – Birth weight Infants. Brith. J. Obstetr. Gynecol., 1986, 93, 2, p. 162-170.

9. Kusuda S. et al. Morbidity and mortality of infants with very low birth weight in Japan. Pediatrics 2006; 118: 1130-113.

10. Goldberg R.L.; Culhaney J.F.; Jams J.; Romeo R.: "Epidemiology and causes of preterm birth", Lancet 2008, p. 75-84.

11. Markestad et al. Acta Pediatrics 2005, 115, 5, 1289-1298.

12. Mitchell R.G. Objectivity and outcome of perinatal care lancet. 1985, 11, 8461, 931-935.

13. Nwalsei Gh.G., et al. Preterm birth at 23 to 26 weeks gestation. Amer. J. Obstet. gynecol. -1987. vol 157, p. 890-897.

14. Paladi Gh. Indicatorii principali ai sănătății reproductive și influența lor asupra fenomenului demografic în Republica Moldova, Materialele Congresului al V-lea de Obstetrică și Ginecologie. "Actualități și controverse în obstetrică" Chișinău 2010, pag. 173-179.

15. Палади Г.А., Гагауз О.И., Тэуту Л.Л., Особенности развития демографических процессов в Р.М.: Проблемы Репродукции (материалы IV Международного конгресса по репродуктивной медицине) Москва 18-21 января 2010, стр. 26 ISSN 1025-7217.

16. Petrou S. Economic consequence of preterm birth and low birth weight (BJOG 2003; suppl. 20, p. 17-23).

17. Stratulat P., Curteanu A. Proiectul „Modernizarea sistemului perinatal din Republica Moldova. Realizări principale și perspective” Buletin de perinatologie, 2010; 4 (48) p.3.

18. Teberg A.J et al. «Factors affecting nursery survival of very low birth weight infants». J. Perinatal med. -1987 – vol 15 №3, p. 297 – 306.

19. Проект Мать и дитя. Авторский коллектив. Ведение детей с экстремально низкой массой тела при рождении и на первом году жизни. Москва 2011.

Olga Cernetchi, C. Ostrofeț, I. Sagaidac, M. Cemortan

HEMORAGIILE POST-PARTUM PRIMARE

Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică Ginecologie Nr.2

SUMMARY

PRIMARY POSTPARTUM OBSTETRIC HEMORRHAGES

Among the problems of modern obstetrics, primary postpartum hemorrhage (PPH) continues to be one of the leading obstetrical diagnostics and complicates 3-15% births. The article presents data on the analysis of 174 cases of early postpartum haemorrhage. A correlation was found between the frequency of postpartum haemorrhage and parity of births, the weight of the fetus, the use of anesthesia in childbirth. In the structure of the causes of bleeding caused in the postpartum period, the most important are the defects of the placental tissue and the traumatism of the soft tissues, which indicates a pathological course or deficiencies in the management of labor. Respecting the guidelines, by providing an early detection and taking timely measures to treat PPH reduces the incidence of severe posthemorrhagic complications.

РЕЗЮМЕ

ПЕРВИЧНЫЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Среди проблем современного акушерства одной из ведущих продолжают оставаться акушерские кровотечения, которые осложняют 3-15% родов. В статье представлены данные анализа 174 случаев ранних послеродовых кровотечений. Выявлена корреляционная связь между частотой послеродовых кровотечений и паритетом родов, массой плода, применением анестезии в родах. В структуре причин обусловивших кровотечения в послеродовом периоде наибольшее значение имеют дефекты плацентарной ткани и травматизм родовых путей, что свидетельствует о патологическом течении или о недостатках в ведении родов. Соблюдение принципов, предусматривающих раннюю диагностику и принятие своевременных мер для лечения рассматриваемой патологии позволит снизить частоту тяжелых постгеморрагических осложнений.

Introducere. Hemoragia post-partum (HPP) reprezintă un factor major în mortalitatea și morbiditatea maternă, provocând aproximativ 25% de decese maternale, la nivel mondial. Incidența hemoragiilor obstetricale variază de la 5% la 15%, în raport cu numărul total de nașteri. Aproximativ 1% dintre ele este cauzat de decolarea prematură a placentei normale și placenta previa. Hemoragiile post-partum sunt cauzate de „4T” (Țesut, Trauma, Tonus, Trombinpă) și ocupă primul loc în incidența pierderilor sangvine în obstetrică. Principalii factori de risc ai hemoragiei în post-partum sunt determinați de uterul supraextins prin polihidramnios, sarcinile multiple, macrosomie; diminuarea rezervelor funcționale ale miomerului în travaliul patologic și multiparitate; de anomaliile funcționale și anatomice ale uterului reprezentate de fibroame și malformații uterine; prezența corionamionitei și rupturii premature de membrane amniotice; utilizarea în travaliu a dozelor mari de ocitocice. De asemenea, hemoragia poate fi cauzată de leziunile sau rupturile la nivelul colului uterin, vaginului sau perineului prin naștere precipitată sau manevre obstetricale, de ruptura sau inversia uterină. Retenția de

fragmente placentare în uter, dar și tulburările de coagulare se numără printre cauzele frecvente de dezvoltare a HPP. Riscul de complicații hemoragice crește în sarcinile și nașterile multiple, la prezența hipertensiunii arteriale în sarcină, în caz de travaliu îndelungat, obezitate, aplicarea forcepsului sau vacuumului la naștere [3,5,6,9,11].

Scopul studiului constă în evaluarea cazurilor de HPP în volum mai mare de 500 ml după nașterea naturală și 1000 ml în operația cezariană. Pentru realizarea scopului propus, au fost trasate următoarele obiective:

1. Analiza incidenței, cauzelor și structurii cazurilor de hemoragii post-partum supuse studiului.
2. Verificarea prezenței factorilor de risc recunoscuți pentru hemoragia post-partum.
3. Aprecierea eficienței metodelor conservatoare de tratament al hemoragiilor post-partum.

Material și metode de cercetare. Studiul actual a fost realizat în cadrul secțiilor de obstetrică ale IMSP SCM nr. 1 (mun. Chișinău) prin examinarea a 206 cazuri de hemoragii obstetricale care s-au înregistrat pe parcursul anului 2017. Drept criterii de excludere din cercetare au servit următoarele entități

patologice: decolarea prematură a placentei normal inserate, placenta previa și hemoragiile post-partum tardive, dezvoltate după 24 ore de la naștere. Datele statistice vizează un lot de 174 cazuri de HPP, care au fost cercetate prin metoda de chestionare. Ancheta a inclus 96 de întrebări privind datele generale despre pacientă, anamneza obstetricală, patologiile extragenitale, evoluția sarcinii prezente, termenul sarcinii, evoluția nașterii, întrebări privind hemoragia postpartum (volumul hemoragiei, tactica de conduită, datele de laborator). Datele statistice au fost prelucrate prin intermediul programului SPSS 21.

Rezultate și discuții. Pe parcursul anului 2017, în IMSP SCM nr. 1 au avut loc 7470 nașteri, dintre care 174 (2,32%) s-au complicat cu hemoragii postpartum, determinate de „4T” (tonus, trauma, țesut, trombină). Conform datelor literaturii de specialitate, frecvența acestei stări patologice variază între 3-5% [3,6].

Vârsta pacientelor incluse în studiu a variat în limitele 19-42 de ani, marea majoritate având vârsta fiind cuprinsă între 21-30 (69,5±3,6%) ani. Totodată 25,9±3,5% din femeile incluse în studiu au avut vârsta cuprinsă între 31-40 de ani, iar în 2 cazuri (1,1±0,8%) vârsta pacientelor a depășit 40 de ani. Majoritatea pacientelor investigate au născut la termen, doar într-un caz – 0,6±0,5%, nașterea a avut loc la 35 săptămâni de gestație.

De menționat faptul că din cele 174 cazuri, volumul pierderii sangvine cuprins între 500-999 ml s-a înregistrat în 142 cazuri (81,6±2,9%), în 27 cazuri (15,5±2,9%) hemoragia a constituit 1000-1499 ml. Volumul pierderii sângelui circulant a depășit 1500 ml în 5 cazuri (2,9±1,2%), dintre care a existat un caz de hemoragie masivă, cu volumul total de 3300 ml. Hemoragia hipotonă a fost înregistrată în 31 cazuri (17,8±2,8%), constituind 0,41% din numărul total din nașteri (fig. 1).

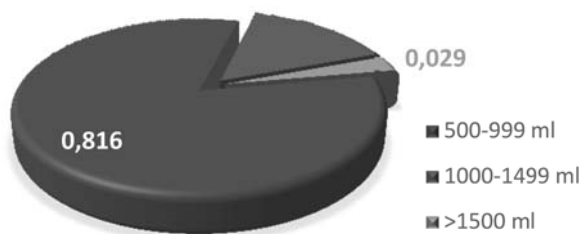


Fig.1. Volumul hemoragiei post-partum.

Conform datelor literaturii privind factorii de risc pentru HPP, se poate constata că la femeile multipare complicația dată se dezvoltă în 3-5% cazuri [5,9]. În studiul prezent, HPP s-a înregistrat la pacientele primipare în 52,3±3,7% cazuri, iar la secundipare – în 31,6±3,3 % cazuri. Totodată, estimările arată, că volumul pierderii sangvine cuprins între 1000-1499 ml a fost atestat în 63,5% cazuri la pacientele multipare.

Analiza corelației dintre paritate și emisia de sânge pierdut, a relevat că indicele de corelație Pearson constituie 0.214** (p<0.01), ceea ce indică o asocieră pozitivă între paritate și volumul sângelui pierdut.

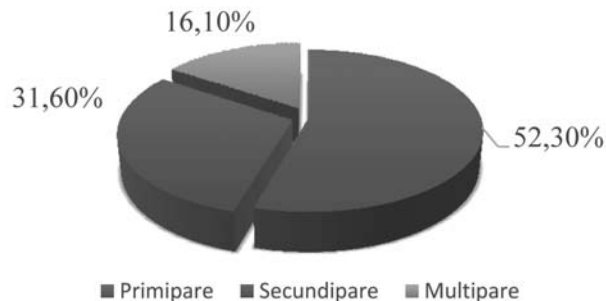


Fig 2. Repartizarea pacientelor cu HPP conform criteriului de paritate

Rezultatele obținute sunt confirmate și de datele unui studiu australian, care a investigat riscul obstetrical de HPP la femeile multipare, comparativ cu pacientele primi/secundipare. Analiza de regresie multivariațională a evidențiat un risc major de creștere a HPP la femeile multipare (OR 1.36[95%CI 0.99-1.87]) [9].

Din numărul total de 174 cazuri de HPP, în 159 cazuri (91,4±2,2%) hemoragiile post-partum au fost înregistrate în urma nașterilor per vias naturalis, comparativ cu 15 (8,6±2,2%) cazuri de hemoragii după operația cezariană. Operația cezariană urgentă s-a fost efectuată în 12 (6,9±1,9%) cazuri, iar cea electivă în 3 (1,7±0,9%) cazuri. În conformitate cu datele literaturii de specialitate, operația cezariană urgentă sporește riscul HPP de 4 ori, comparativ cu creșterea riscului de HPP de 2 ori în operația cezariană de elecție [24].

Mavrides E. et al. (2016) atribuie un rol important în riscul pentru dezvoltarea HPP anesteziei pe parcursul travaliului și insuficienței forțelor de contracție uterine [7]. Rezultatele prezentei cercetări arată că analgezia travaliului s-a efectuat în 42 de cazuri, analgezia epidurală fiind aplicată la 3,4±1,4% din numărul pacientelor care au dezvoltat HPP, iar cea intravenoasă în 20,7±3,4% cazuri. În cadrul operației cezariene, anestezia generală s-a efectuat în 5,7±1,8% cazuri. Insuficiența forțelor de contracție a fost determinată în 8 cazuri (4,6±1,6%). Astfel, în lotul examinat s-a înregistrat o corelație pozitivă semnificativă între volumul hemoragiei și metoda de anestezie în cadrul operației cezariene (0.577** (p<0.01)) și între volumul hemoragiei și tonusul uterin (0.171* (p<0.05)).

Hemoragiile post-partum, cauzate de macrosomia fetală ca factor de risc, se dezvoltă în 2-3% cazuri din numărul total de nașteri [5,6], iar riscul de HPP este majorat de 2 ori [24]. În studiul de față au fost înregistrate 24 nașteri cu feți macrosomi (13,8±2,5%), indicele de corelație Pearson constituind 0.266** (p<0.01).

În 19 (10,9±2,4%) cazuri s-a fost aplicat ventuza obstetricală, din cauza dereglărilor de ritm cardiac de tip bradicardie și a insuficienței secundare de scremete.

Frecvența defectelor de țesut placentar și a placentei acreta este de 3-7% cazuri din numărul total de nașteri, conform datelor literaturii [5,6,11]. În studiul efectuat de noi, rata cazurilor de placenta aderens, complicate cu hemoragie, a constituit 0,20% din numărul total de 7470 nașteri, defecte de țesut placentar cu HPP au fost apreciate în 109(1,45%) cazuri. În șirul cazurilor de HPP supuse studiului, placenta aderens a constituit 8,6±2.1%, defectele de țesut placentar cu hemoragie s-au înregistrat în 62,6%±3.2 cazuri. Ca urmare, chiuretajul cavității uterine s-a efectuat în 106 cazuri (60,9±3.6%), iar controlul manual al cavității uterine – în 42 (24,1%±3.3) cazuri. În studiul prezent indicele de corelație Pearson dintre volumul hemoragiei și defectele de țesut placentar a constituit 0.255** (p<0.01) și denotă o asociere semnificativă pozitivă.

Analiza rezultatelor obținute prin prisma traumatismului căilor de naștere a evidențiat că epiziotomia s-a efectuat în 24 (13,8±2.5%) cazuri, hematumul vaginului s-a depistat în 6 cazuri (3.4±1.4%), fiind totodată înregistrat un număr impunător de lacerări ale căilor moi de naștere (tab.1).

Tabelul 1.

Traumatismul căilor moi de naștere la pacientele cu HPP

Tipul lacerăției	N	M ±m (%)
1 L. colului uterin	52	29.9±3.9
2 L. superficială a vaginului	67	38.5±3.4
3 L. adâncă a vaginului	19	10.9±2.5
4 L. perineului gr I	18	10.3±2.4
5 L. perineului gr II	73	42±3.4
6 L. perineului gr III–IV	1	0.6±0.6

Diverse forme de coagulopatii în antecedente au fost determinate la 14 (8±2,1%) femei incluse în studiu.

Rezultatele unui studiu sistemic, inclus în baza de date Cochrane, demonstrează că la pacientele cu risc mixt de HPP conduita activă a perioadei III de naștere permite o reducere a ratei HPP primare [1]. În prezenta cercetare s-a constatat, că la 164 (96,0 ±1.4%) cazuri de hemoragii post-partum s-au declanșat după conduita activă a perioadei a III-a de naștere.

După dezvoltarea HPP, tactica de conduită ulterioară în primele 24 de ore a fost conservatoare în 172 cazuri. Totodată, în 2 cazuri s-a recurs la histerectomie totală fără anexe, dat fiind faptul că măsurile întreprinse de stopare a hemoragiei nu au avut efect, iar într-un caz s-a efectuat re-laparotomia cu scop de hemostază finală. Diagnosticul de șoc hemoragic a fost stabilit în 2 cazuri (1,1±0.8%).

Este bine cunoscut faptul că oxitocina este utilizată nu numai cu scop de profilaxie a hemoragiei postpartum, dar și pentru tratamentul patologiei cercetate, fiind preparatul de primă linie [3,4]. Rezultatele studiului au demonstrat că dozele mari de oxitocină, prevăzute de protocoalele de conduită conservatoare

re a HPP, au contribuit la stoparea hemoragiei după cum urmează : 10 UI de oxitocină au fost administrate în 11(6,3%) cazuri, 20 UI – 59 (33,9%), 30 UI – 56 (32,2%) cazuri, 40 UI–26 (14,9%) și 50 UI au fost aplicate în 22 (12,6%) cazuri de hemoragii postpartum. Preparatul medicamentos de linia a doua recomandat în HPP este metilergometrina, care în actualul studiu a fost utilizată în 99 cazuri (56,9±3.9 %). Doza indicată de soluție de metilergometrină este de 0,2 mg I/M, care poate fi repetată la fiecare 2-4 ore pentru un maxim de 5 doze (1 mg) într-o perioadă de 24 de ore [4,7].

Un șir de cercetători au relatat că o singură doză de misoprostol 800 μg administrată sublingual reprezintă un tratament sigur și eficient al HPP determinate de atonia uterină, la femeile care au beneficiat de profilaxia cu oxitocină, precum și pentru cazurile în care oxitocina nu a fost utilizată în perioada III a travaliului [2,4]. În lotul pacientelor investigat de noi, misoprostolul a fost aplicat în 108 cazuri de HPP, iar în majoritatea cazurilor doza indicată a constituit 400 mcg.

Cu scop de restabilire a volumului sangvin pierdut a fost indicată și terapia transfuzională cu substituenți, ca sol. Clorură de natriu în 162 (93,1±1.3%) cazuri, sol. Ringer – în 28 (16,1±3.7%) cazuri, sol. Refortan – 6 (3,4±1.4%) cazuri, sol. Glucoză 5%– 5 (8,3±1.6%) și sol. Venofundin – 4 (2,3±1.2%) cazuri.

Rezultatele studiului au demonstrat că preparate sangvine s-au administrat numai într-un număr mic de cazuri, după cum urmează: plasmă congelată în 3 cazuri (1,7±0.9%), concentrat eritrocitar – în 9 cazuri (5,2±1,7%) și, respectiv, crioprecipitatul a fost utilizat într-un caz de HPP (0,6±0,5%). Deși tendințele contemporane în conduita HPP recomandă folosirea limitată a preparatelor de sânge, NPSA (National Patient Safety Agency) a raportat 11 decese și 83 de incidente în care femeile au suferit complicații grave ca urmare a transfuziilor întârziate de sânge[11].

În protocolul de conduită a HPP, un rol important revine acidului Tranexamic ca inhibitor puternic de fibrinoliză. Un studiu randomizat a arătat că acidul Tranexamic, administrat în HPP la femei în intervalul de 3 ore post-partum a micșorat riscul de deces cauzat de hemoragie cu 31%, fără o sporire a numărului complicațiilor tromboembolice [8,12]. Datele cercetării prezente denotă că acidul Tranexamic în HPP s-a administrat numai în 7 cazuri (4±1,6%). Ca urmare a hemoragiilor postpartum, la în 71 paciente incluse în studiu s-a dezvoltat anemia posthemoragică.

Astfel, studiul efectuat de noi a evidențiat o frecvență de 2,32% de hemoragii post-partum raportate la un număr de 7470 nașteri. Cauzele principale ale HPP sunt determinate de retenția de țesut placentar și traumatismul căilor moi de naștere, fapt ce indică un management defectuos în travaliu. Măsurile de combatere a hemoragiilor post-partum se prezintă ca adec-

vate și oportune, dat fiind numărul mic de complicații posthemoragice severe. Analiza efectuată va contribui la trasarea măsurilor de profilaxie a dezvoltării HPP și realizarea lor la nivel instituțional.

Concluzii

1. Hemoragiile post-partum reprezintă o complicație obstetricală majoră cu o frecvență relativ mică, dar care necesită eforturi substanțiale medicale și manageriale în conduita lor.

2. Defectele de țesut placentar și traumatismele căilor de naștere sunt factorii cauzali de bază care contribuie la dezvoltarea hemoragiei post-partum și care denotă o evoluție patologică sau un management defectuos al travaliului.

3. Conduita HPP prevede respectarea strictă a protocoalelor și evidențelor actuale în domeniul vizat.

Bibliografie

1. Begley, Gillian ML Gyte, Declan Devane, William McGuire, Andrew Weeks, **Active versus expectant management for women in the third stage of labour**, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, 2015.

2. Blum J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, et al. **Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, noninferiority trial**. *Lancet* 2010; 375(9710):217–23.

3. FIGO GUIDELINES: **Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings// FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee**, 2014.

4. Ioannis D Gallos, Helen Williams, Malcolm J.

Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, 2018.

5. Jaleel Khan A. **Post-partum haemorrhage - a risk factor analysis**. *Mymensingh Medical Journal: MMJ.*, 2010 Apr, 19(2):282-9.

6. John R Smith, MD, FACOG, FRCSC; Chief Editor: Ronald M Ramus, **Postpartum Hemorrhage**, 2018.

7. Mavrides E, Allard S, Chandraran E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. **Prevention and management of postpartum haemorrhage**. *BJOG* 2016;124:e106–e149.

8. Pacheco LD¹, Hankins GDV, Saad AF, Costantine MM, Chiossi G, Saade GR. **Tranexamic Acid for the Management of Obstetric Hemorrhage**. *Obstet Gynecol.* 2017 Oct; 130(4):765-769. doi: 10.1097/AOG.0000000000002253.

9. **Parity and postpartum haemorrhage** (querybank) <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/parity-and-postpartum-haemorrhage---query-bank/>

10. The Royal College of Obstetricians and gynaecologists. **Blood Transfusion in Obstetrics**. London; Green-top Guideline No. 47, 2015.

11. WHO. Reducing the Global Burden: **Postpartum Haemorrhage**. *Making Pregnancy Safer*. 2007.

12. WOMAN Trial Collaborators. **Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with postpartum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, doubleblind, placebo controlled trial** *Lancet*. 2017 May 27;389(10084):21052116.

© Gh. Paladi, Corina Iliadi-Tulbure, Viorica Coșpormac, D. Șișcanu, Natalia Gheorghieva

Gh. Paladi¹, Corina Iliadi-Tulbure², Viorica Coșpormac³, D. Șișcanu⁴, Natalia Gheorghieva⁵

EVALUAREA MANAGEMENTULUI CAZURILOR

CU HEMORAGIE POST-PARTUM FINALIZATE PRIN HISTERECTOMIE

^{1,2} Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”, ³ Catedra Anestezie și reanimatologie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”, ^{4,4} IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1, ^{2,3} IMSP Institutul Mamei și Copilului, ⁵ Policlinica MAI, Chișinău, Republica Moldova

SUMMARY

EVALUATION OF MANAGEMENT IN POST-PARTUM HEMORRHAGE FINALISED BY HYSTERECTOMY

Key-words: post-partum hemorrhage, hysterectomy, placenta accreta, DIC syndrome

Post-partum hemorrhage (HPP) is a current problem, being a direct cause of maternal deaths in 27% globally, especially in developing countries. The purpose of the conducted descriptive retrospective study was to evaluate the

management of 45 cases with HPP finalized by hysterectomy, which were located at the Institute of Mother and Child and Municipal Clinical Hospital no.1 during 2014-2016. In 24 cases (53,3%), a complicated obstetrical history was determined and 16 patients (35,5%) had scars on the uterus. In 33 cases (57,9%), patients presented complicated somatic history. In 33 cases (57,9%), patients presented complicated somatic history. In 33 cases (73,3%) the pregnancy was completed by caesarean section. Causes related to placental pathology were confirmed in 11 (24,4%) cases by placenta accreta, in 8 (17,8%) cases by placenta praevia and in 5 (11,1%) cases by abruptio placentae. HPP due to uterine atony was identified in 2 cases (4,4%). Other 9 patients (20%) suffered deep vaginal lacerations and in one case (2,2%) there was rupture of the uterus. The estimated volume of hemorrhage was: <2000 ml – in 16 cases (35,6%); between 2000-2500 ml – in 18 cases (40%); between 2501-3000 ml – in 7 cases (15,6%) and >3000 ml – in 4 (8,9%) cases. The underestimation of the bleeding volume was 500 ml in 4 cases (8,9%), between 500-1000 in 6 cases (13,3%) and ≥ 1000 ml – in 2 cases (4,4%). DIC syndrome was established in 29 patients (64,4%). In conclusion it can be mentioned that HPP, in almost half of the cases, is favored by the pathology of placenta insertion, the latter being determined by the increase of the rate of births by caesarean section. Mortality and maternal morbidity can be reduced if birth is done by a competent multidisciplinary team that provides specialized health care through a standardized approach.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА МЕНЕДЖМЕНТА СЛУЧАЕВ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЗАВЕРШЕННЫХ ГИСТЕРЭКТОМИЕЙ

Ключевые слова: послеродовое кровотечение, гистерэктомия, приращение плаценты, ДВС-синдром.

Послеродовое кровотечение (ПРК) представляет собой актуальную проблему, являясь прямой причиной материнской смертности в 27% во всем мире, в особенности в развивающихся странах. Было проведено ретроспективное исследование 45 случаев родов, с ПРК и гистерэктомией, ведение которых проводилось в условиях Института Матери и Ребенка и Муниципальной Клинической больницы №1 в период 2014-2016 гг. В 24 случаях (53,3%) был выявлен осложненный акушерский анамнез. Рубец на матке встречался у 16 женщин (35,5%). В 33 случаях (57,9%) у пациенток наблюдался осложненный соматический анамнез. В 33 случаях (73,3%) было проведено кесарево сечение. Патология плаценты также являлась причиной ПРК: 11 случаев (24,4%) – приращение плаценты, 8 (17,8%) – предлежание плаценты и 5 случаев (11,1%) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. ПРК также наблюдалось в результате задержки частей последа в полости матки в 4 случаях (9%) и в двух случаях (4,4%) ПРК было следствием атонии матки. У остальных 9 пациенток (20%) роды осложнились глубокими разрывами влагалища, а у одной пациентки (2,2%) – разрывом матки. Среди плацентарной патологии наблюдалось 11 случаев (24,4%) приращения плаценты к мышечному слою (placenta accreta). Объем кровопотери был подсчитан следующим образом: ≥ 2000 мл – в 16 случаях (35,6%); 2000-2500 мл – в 18 случаях (40%); 2501-3000 мл – в 7 случаях (15,6%) и более 3000 мл – 4 случая (8,8%). А вот объем кровопотери 500 мл наблюдался у 4 пациенток (8,9%), 500-1000 мл – у 6 (13,3%) и ≥ 1000 мл – у одной пациентки (2,2%). У 29 пациенток (64,4%) был диагностирован ДВС-синдром. В заключении необходимо отметить, что ПРК практически в половине случаев вызвано патологией прикрепления плаценты, что является следствием роста частоты повышения процента оперативного родоразрешения путем кесарева сечения. Материнскую заболеваемость и смертность в результате ПРК возможно снизить, если роды будут координировать мультидисциплинарная, компетентная команда, которая оказывает специализированную медицинскую помощь посредством стандартизированного подхода.

Actualitate. Pe parcursul ultimelor decenii, datorită modificărilor socio-demografice și progresului tehnico-științific medical produse, inclusiv în domeniul obstetricii, se atestă schimbări importante ce vizează procesul de naștere per total și survenirea unor complicații, în particular, HPP fiind una dintre cele mai importante. Este cunoscut faptul că în ultimii ani s-a majorat vârsta primiparelor; a crescut rata nașterilor multiple survenite prin utilizarea metodelor de reproducere asistată; s-a micșorat durata nașterii de aproximativ două ori; a crescut numărul cazurilor de utilizare a preparatelor ocitocice și prostaglandinelor; au trecut în istorie unele metode de naștere naturală asistată instrumental (forcepsul, versiunile, extracția) etc.

Anual, în lume decedează 120000 de femei din cauza HPP [2,4,6].

Hemoragia post-partum (HPP) constituie o sângereare la naștere sau în primele 24 de ore ale perioadei post-partum cu un volum mai mare de 500 ml la o naștere pe cale vaginală sau peste 1000 ml în operația cezariană (OC). Semnificația HPP rezultă din faptul că până în prezent este considerată o cauză importantă directă a deceselor materne, reprezentând 27,1% la nivel global, în special în țările în curs de dezvoltare și cu resurse economice limitate, fiind urmată de stările hipertensive (14%), sepsis (10,7%), avorturi (7,9%), embolism (3,2%) [1,4,6,9,10].

În perioada anilor 2006-2016, frecvența HPP în Republica Moldova a variat de la 1,1 în 2007 până

la 2,7 în 2009, cu o stabilizare a acestui indicator pe parcursul ultimilor ani la nivelul de 2,1 – 2,4 la o sută de nașteri. În același timp, ponderea HPP masive (mai mult de 1000 ml) variază între 0,6-0,7 % din numărul total de nașteri.

Conform datelor statistice, majoritatea HPP în volum mai mult de 1000 ml sunt înregistrate în maternitățile centrelor perinatologice de nivelele II și III, în special în IMSP Spitalul Clinic Municipal nr.1 (SCM nr.1) și IMSP Institutul Mamei și Copilului (IMȘIC). În aceste două instituții, în perioada anilor 2014–2016, au fost asistate 43792 nașteri, fiind înregistrate 283 cazuri de HPP în volum >1000 ml, cu o pondere de 0,65 la sută. Din numărul femeilor care au suportat HPP masive, în 64 de cazuri a fost efectuată histerectomia ca metodă de hemostază chirurgicală (22,6%).

Implementarea noilor tehnologii orientate spre stoparea hemoragiei (balonul Bakri, suturile de compresiune, devascularizarea uterului) a majorat utilizarea metodelor chirurgicale organomenajante de control al HPP. Datele literaturii demonstrează că creșterea numărului de OC și scăderea numărului de nașteri pe cale naturală, precum și utilizarea manevrelor instrumentale, a condus la majorarea numărului cazurilor de inserție patologică a placentei etc., ceea ce constituie o cauză importantă a HPP.

Se consideră că HPP va continua să rămână o problemă actuală cu repercusiuni asupra vieții pacienților și membrilor familiei acesteia, ceea ce îi conferă, pe lângă importanță medicală, și o conotație socială. Datele recente de literatură relatează faptul că decesele materne prin HPP se datorează, în 33,6% cazuri, ignoranței și iresponsabilității comunității; în 30,1% cazuri – erorilor de asistență medicală și în 13,3% - problemelor sistemului de organizare a sănătății mamei și copilului. Cele mai importante cauze ale HPP sunt: atonia/hipotonia uterină (26,5%), apoplexia utero-placentară (21,3%), ruptura uterină (19,5%), retenția de resturi placentare (16%), placenta praevia (12,5%), placenta adherens (2,5%), lacerările căilor de naștere (1,8%) etc. [2,9,11]. În același timp, survenirea și menținerea HPP, conform datelor unor autori, sunt datorate lipsei de cooperare dintre specialiștii din diverse domenii, astfel, este pierdut timpul prețios pentru conduita corectă a cazului clinic [2,4,5,9,11].

Constituind o cauză majoră a mortalității materne, de-a lungul timpului, managementul HPP a solicitat elaborarea, evaluarea și revizuirea diferitelor metode de diagnostic, profilaxie și tratament, precum și o conduită interdisciplinară complexă.

Acestea sunt unele aspecte asupra cărora specialiștii în domeniu lucrează până în prezent pentru elaborarea unui algoritm standard, unic, pentru prevenirea, diagnosticul precoce și managementul complex ale HPP.

Scopul cercetării noastre a constat în evaluarea și analiza a 45 cazuri de HPP finalizate prin histe-

rectomie de hemostază pentru identificarea factorilor determinanți în etiologia, patogeniza și managementul acestei patologii obstetricale severe în Republica Moldova, cu oferirea unor recomandări de ameliorare a situației.

Material și metode. Pentru realizarea scopului propus a fost efectuat un studiu retrospectiv, descriptiv pe un eșantion de 45 paciente diagnosticate cu HPP masive, finalizate prin histerectomie de hemostază, din numărul total de 64 cazuri înregistrate în cadrul IMSP IMȘIC și IMSP SCM nr.1, pe parcursul anilor 2014-2016.

Studiul a inclus analiza minuțioasă a documentației medicale (fișele de observație, registrele intervențiilor chirurgicale). De asemenea, am examinat datele obținute din interviuarea pacientelor în baza unui chestionar special elaborat, care a inclus 84 de întrebări. Pentru evaluarea datelor acumulate am utilizat programul SPSS 20, Microsoft Excel 2010.

Rezultate și discuții. În urma studiului efectuat am obținut un volum important de date privind o serie de parametri socio-biologici și medicali, precum și informații despre aspectele cele mai importante în conduita HPP. Astfel, s-a stabilit că vârsta pacientelor, în majoritatea cazurilor (20 cazuri – 44,4%) era cuprinsă între 21-30 ani. În 3 cazuri (6,7%) pacientele aveau vârsta sub 20 ani, în 16 cazuri (35,6%) – 30-39 ani, iar în 6 cazuri (13,3%) mai mult de 40 ani.

Majoritatea parturientelor au fost secundipare (19 femei – 42,2%) și multipare (14 femei – 31,1%). Aceste rezultate coincid cu datele literaturii de specialitate care sugerează corelarea între paritatea crescută și instalarea HPP. În 12 cazuri (26,7%), pacientele au fost primipare, istoricul obstetrical al lor fiind complicat prin inserție patologică a placentei (apreciată la examen ecografic și/sau intraoperator în caz de OC) și preeclampsie severă, ceea ce constituie, de asemenea, factori importanți pentru survenirea HPP [4,5].

În 24 cazuri (53,3%) s-a constatat un istoric obstetrical complicat prin: sarcini stagnante (4 cazuri – 16,7%), avorturi medicale (11 paciente – 45,8%), avorturi spontane (9 cazuri – 37,5%), acești factori medicali având o pondere considerabilă în survenirea HPP din contul inserției patologice a placentei [1,3,9,10,11]. Cicatrice pe uter după OC anterioară au prezentat 16 paciente (35,5%) din numărul total cercetat, care era asociată frecvent cu patologia de inserție a placentei și insuficiența cicatricei, ceea ce a constituit indicație către finalizarea sarcinii prin OC repetată în mod urgent [2,4,6]. În 26 cazuri (57,8%) pacientele au prezentat istoric somatic complicat (preponderent prin patologia sistemului urinar, cardiovascular etc.). Evoluția sarcinii s-a complicat prin anemie feriprivă de diferit grad (31 cazuri – 68,9%), hipertensiune indusă de sarcină (9 cazuri – 20,0%), preeclampsie severă (6 cazuri – 13,3%), iar în 2 cazuri (4,4%) s-a dezvoltat criza eclamptică. Sarcina a fost monitorizată conform

standardelor în vigoare, examenul ecografic fiind efectuat după indicații, în medie de 2 ori pe parcursul sarcinii la pacientele cu evoluția fiziologică și de 4 ori în cazurile cu evoluție complicată a gravidității. Concomitent cu fetometria și evaluarea complexului placentar, velocimetria Doppler a permis aprecierea stării intrauterine a fătului.

În 33 cazuri (73,3%) sarcina a fost finalizată prin OC, dintre care în 11 cazuri (33,3%) – în mod urgent. Indicația de bază pentru OC a fost prezența cicatricei pe uter după o intervenție anterioară – 15 cazuri (45,5%), dintre care în 4 cazuri (26,7%) pacientele prezentau mai mult de 2 cicatrice pe uter, iar în 11 cazuri (33,3%) s-a diagnosticat insuficiența cicatricei. Alte indicații pentru efectuarea OC au fost: dezlipirea prematură a placentei normal inserate (4 cazuri – 12,1%), insuficiența forțelor de contracție (5 cazuri – 15,2%), preeclampsia severă (6 cazuri – 18,2%), suferința fetală avansată (4 cazuri – 12,1%).

Un număr de 12 femei (26,7%) au născut pe cale naturală, dintre care în 7 cazuri (58,3%) nașterea a fost asistată instrumental prin aplicarea procedurii de vacuum-extracție.

În scopul profilaxiei HPP a fost practică conduita activă a perioadei a III-a de naștere [1,2,10,11].

Placenta adherens s-a depistat în 5 cazuri (11,1%), constituind o indicație pentru decolarea manuală a placentei ceea ce a prezentat, cu o probabilitate crescută, un factor suplimentar pentru manifestarea HPP, în special în cazurile asociate cu stările hipertensive, travaliul indus sau nașterea laborioasă [6,8].

Masa copiilor la naștere a constituit între 2800-3999 g în 14 cazuri (31,1%), între 2501-2799 g – în 8 cazuri (17,8%), între 2001-2500 g în 7 cazuri (15,6%) și o greutate mai mică de 2000 g în 6 cazuri (13,3%). În 9 cazuri (20%) masa nou-născuților a fost între 4000-4999 g, iar într-un caz a fost extras un copil de 5000 g (2,2%). În cazul copiilor născuți cu masa mai mare de 4000 g, HPP survenită a constituit >2000 ml, confirmându-se astfel faptul că macrosomia reprezintă un factor important pentru complicarea perioadei post-partum cu hemoragie [2,3,9].

În circa 50% cazuri de nașteri scorul Apgar al nou-născuților a constituit ≤ 7 puncte, copiii născuți prematur sau copiii bolnavi fiind transferați în secția de terapie intensivă și reanimare neonatală pentru evaluare și monitorizare ulterioară.

Analizând datele studiului privind cauzele hemoragiei, am stabilit că patologia placentei s-a atestat în 11 (24,4%) cazuri prin placenta accreta, în 8 (17,8%) cazuri prin placenta praevia și în 5 (11,1%) cazuri prin dezlipirea precoce a placentei normal inserate. În alte 5 (11,1%) cazuri extracția fătului a avut loc prin placenta cesarea.

Hemoragia incontrollabilă sau dificil de stopat este complicația majoră care dictează necesitatea diagnosticării prenatale a placentei invazive. Managementul

în situațiile date trebuie să fie planificat, precoce, specific și necesită implicarea în OC a mai multor specialiști [2,9,10,11]. Lipsa unuia din specialiști, în momentul OC, conduce la pierderea timpului prețios pentru a-l invita în sala de operație (uneori din cadrul altor instituții medicale), la pierderea masivă de sânge, apariția hipoxemiei, declanșarea dereglărilor de coagulare cu manifestarea disfuncției /insuficienței multiple de organe și sisteme, până la deces.

Studiul a identificat și alte cauze ale HPP: lacerări profunde ale căilor moi de naștere – 9 (20%) cazuri, resturi placentare – 4 cazuri (9%), atonia uterină – 2 cazuri (4,4%) și ruptura de uter într-un caz (2,2%).

Volumul hemoragiei estimate de către personalul medical implicat în conduita HPP în secțiile obstetricale și /sau sălile de operație a constituit: < 2000 ml – la 16 (35,6%) paciente; între 2000-2500 ml – la 18 (40%) paciente; între 2501-3000 ml – la 7 (15,6%) paciente; între 3000-3500 ml – la 2 (4,4%) paciente și >3500 ml – la 2 (4,4%) paciente.

Volumul hemoragiei a fost măsurat prin evaluarea vizuală a sângelui acumulat în vasele de control și prin cântărirea materialului utilizat pentru hemostază (compresive, meșe, scutece) și aprecierea volumului cheagurilor. Evaluând datele prezentate, a apărut suspiciunea despre corectitudinea estimării hemoragiei. Este cunoscut faptul că pierderea unui litru de sânge conduce la scăderea hemoglobinei (Hb) cu 24 unități, iar administrarea unei doze de 250 ml de concentrat eritrocitar, crește hematocritul cu 3% sau nivelul Hb cu 11 unități [2,6,7]. Analizând datele de laborator (Hb, numărul de eritrocite, hematocritul) preoperator, înainte de utilizarea hemotransfuziilor și postoperator, am constatat că în 12 cazuri (21,1%) volumul hemoragiei a fost subestimat. Decalajul dintre hemoragia estimată și datele analizelor de laborator, precum și luarea în calcul a dozelor de concentrat eritrocitar administrat, indică faptul că volumul hemoragiilor a fost subestimat cu circa 500 ml în 4 (8,9%) cazuri, cu 500-1000 ml în 6 (13,3%) cazuri, iar cu mai mult de 1000 ml – în 2 cazuri (4,4%). Aceste date demonstrează o dată în plus că aprecierea vizuală a volumului sângerei este inexactă, iar subestimarea pierderilor de sânge atinge 30-50% [1,3,5,9,10].

Studiul a scos în evidență faptul că, în pofida existenței unui șir de metode chirurgicale de hemostază menționate în protocoalele europene și internaționale, dar și locale (balonul Bakri, suturile de compresie, devascularizarea uterului etc.), specialiștii au recurs în doar 3 cazuri (6,7%) la utilizarea suturilor de compresie B-Lynch, care nu au dat rezultate pozitive. Nu a fost utilizată metoda devascularizării uterului, inclusiv ligaturarea arterelor hipogastrice. În 8 cazuri (17,8%) s-a recurs la relaparotomie, volumul HPP fiind de ≥ 2500 ml.

Conduita HPP masive este direct determinată de volumul pierderilor sangvine. Corecția factorilor de

coagulare (conform protocolului Național *Managementul transfuzional și de resuscitare volemică al hemoragiilor obstetricale masive*) a fost inițiată la un volum al hemoragiei ≥ 1500 ml care a fost însoțită de dereglări de coagulare manifestate prin hipoprotrombinemie, hipofibrinogenemie sau trombocitopenie [7]. În acest context, la pacientele cu patologia de inserție a placentei și risc sporit de sângerare, considerăm că ar fi binevenit să fie pregătită o rezervă de autoplasmă din timp. În cazul lor, în momentul oportun, pentru evitarea dereglărilor de coagulare sau complicațiilor posttransfuzionale, cum ar fi TRALI sau incompatibilitatea biologică, se va efectua transfuzia de autoplasmă proaspăt congelată.

Atunci când a fost determinat incorect volumul hemoragiei, administrarea factorilor de coagulare va întârzia, ceea ce va duce la declanșarea sindromului de coagulare intravasculară diseminată (CID), manifestat prin apariția de hematoame retroperitoneale sau în parametriu, prin hematoame vaginale, hemoragii intraabdominale din vasele mici sau capilare, cu necesitatea relaparotomiei și histerectomiei de hemostază [7,9,10,11]. În prezentul studiu, diagnosticul CID a fost stabilit clinic și paraclinic în baza alterării profilului coagulării, caracterizat prin: prelungirea timpului de protrombină și a celui de APTT, trombocitopenie, scăderea nivelului de fibrinogen și creșterea produselor de degradare a fibrinei. Sindromul CID a fost suspectat și în cazurile care s-au asociat cu sângerare difuză severă (intraabdominală, retroperitoneală, vaginală), cu manifestări hemoragice cutanate și mucoase, șoc și disfuncții multiple de organe. Astfel, la 29 paciente (64,4%) a fost diagnosticat sindromul CID, dintre care la 7 (15,6%) lăuze s-au depistat hematoame retroperitoneale, la 2 (4,4%) femei s-au constatat hemoragii din vasele mici ale ligamentului lat și într-un caz (2,2%) – hematom al vaginului, care a fost drenat și suturat. Cazurile clinice cu hematom retroperitoneal s-au dezvoltat pe fundalul evoluției sindromului CID, volumul hemoragiei fiind estimat între 2000-2499 ml în 2 cazuri (4,4%) și între 3000-3500 ml în 5 cazuri (11,1%).

Concluzii

- Hemoragiile post-partum au fost și rămân printre cauzele principale ale mortalității și morbidității materne. Această patologie obstetricală impune specialiștilor o atitudine și responsabilitate sporită în asigurarea unui diagnostic calificat precoce și a unui management multidisciplinar adecvat și oportun.

- Principalele cauze care au provocat HPP masive finalizate prin histerectomie, conform datelor studiului de față, au fost patologia placentei (53,5%) și traumatismul profund al căilor de naștere (20%).

- Rezultatele studiului au scos în evidență problema subestimării volumului hemoragiei la naștere și în post-partum, fapt care s-a soldat cu creșterea numărului de complicații cu CID și al histerectomiilor de hemostază.

- În Republica Moldova, în ultimii ani, histerectomia este metoda practică cel mai frecvent pentru hemostază chirurgicală în HPP masive – în 22,6 la sută din cazuri, fiind ignorate unele metode clasice organomenajante, cum ar fi devascularizarea uterului etc.

- Gestantele care prezintă un risc sporit în apariția HPP (cicatrice pe uter, patologia placentei, macrosomie etc.) necesită o monitorizare activă la etapa antenatală cu o pregătire individualizată mai minuțioasă pentru naștere, inclusiv cu crearea unei rezerve de autoplasmă, iar în cazul planificării nașterii prin operație cezariană programată – cu asigurarea unei echipe chirurgicale de calificarea cea mai înaltă.

Bibliografie

1. Berkowitz R., Bernstein P. Management of obstetric hemorrhage. Optimizing Protocols in Obstetrics, 2012, 25p.

2. FIGO. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. FIGO Guideline. International Journal of Gynecology and Obstetrics, nr. 117, 2012, pp. 108-118.

3. Hemoragiile severe în periodul III și IV al nașterii pe cale vaginală. Monitorul Oficial al României, partea 1, nr. 88, anexa 10, 2010, 23p.

4. Likis F., Sathe N., Morgans A. et al. Management of postpartum hemorrhage. Comparative Effectiveness Review. Agency for Healthcare Research and Quality, Nr. 151, 2015, 613p.

5. Prevention, recognition, and management of postpartum hemorrhage. Clinical and Community Action to Address Postpartum Hemorrhage Trainer's Guide., Watertown, 2010, 201p.

6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. RCOG, Green-top Guideline, No. 52, 2009, 24p.

7. Șandru S., Cardaniuc C., Cebotari S., Chesov I. Protocol clinic național PCN-254. Managementul transfuzional și de resuscitare volemică al hemoragiilor obstetricale masive, Chișinău, 2016, 50p.

8. Souza J. The prevention of postpartum hemorrhage in the community. Plos Medicine, vol. 10, issue 10, 2013, p.e1001525.

9. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, WHO, Geneva, 2012, 48p.

10. Серов В., Тютюнник В., Шмаков Р. и др. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при послеродовом кровотечении. Клинические рекомендации, Москва, 2013, 20p.

11. Шмаков Р., Баев О., Федорова Т. и др. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при послеродовом кровотечении. Федеральные клинические рекомендации, 2013, 18p.

Rodica Catrinici, Cristina Bubulici, Diana Mitriuc
DISTOCIA DINAMICĂ – PARTICULARITĂȚI DE EVOLUȚIE A NAȘTERILOR
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 1*

SUMMARY

DYNAMIC DYSTOCIA - BIRTH DEVELOPMENT PARTICULARITIES

Key words: dynamic dystocia, birth, oxytocin

The study includes a synthesis of data from native and foreign literature that reflects the latest research in obstetrics to study the problems caused by dynamic dystocia. The study was performed retrospectively and aimed at studying the data on the gynecological, obstetric and extragenital anamnesis, the evolution of the current pregnancy of the patients included in the study, the birth pattern, the birth complications, the fetal condition at birth and the comparative study of the fetus investigated, pregnancy, and impact on birth performance were assessed using the questionnaire method. The results of the study found that the incidence of dynamic distortion during 2017 at Municipal Clinical Hospital no.1 was 3.7% from the total number of 7476 births. Depending on the types of dystocia: the primary failure of the contraction forces – in 19.85%, the secondary insufficiency of the contraction forces – in 56.31%, the scoring failure – in 6.13%, the rapid births – in 4.07%, lightning births – 2.16%, discontinued uterine contractions – 0.36%, and colonic distractions – in 1.08% cases. Anamnestic-clinical data and pregnancy evolution have highlighted the risk factors in the occurrence of shortage of contraction forces. The pregnancy and labor data have estimated fetal-maternal complications.

РЕЗЮМЕ

ДИНАМИЧЕСКАЯ ДИСТОЦИЯ - ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ РОДОВ

Ключевые слова: динамическая дистоция, роды, окситоцин

Исследование включает обзор как отечественной, так и зарубежной литературы, который отражает последние данные в области акушерства, посвященных проблеме динамической дистоции. Исследование проводилось ретроспективно и было направлено на изучение гинекологического, акушерского и экстрагенитального анамнеза, течения беременности, метода родоразрешения, осложнений во время родов у пациенток, включенных в исследование, состояние плода к моменту родов и сравнительного анализа групп исследования в зависимости от состояния плода, беременной и их влияние на течение родового процесса, которые были оценены с помощью анкеты. Результаты исследования показали, что динамическая дистоция в городской клинической больнице № 1 за 2017 год составила 3,7% от общего числа родов (7476 случаев). Были зарегистрированы следующие виды дистоции: первичная слабость родовой деятельности - 19,85%, вторичная слабость родовой деятельности - 56,31%, слабость потуг - до 6,13%, быстрые роды - 4,07%, молниеносные роды - 2,16%, дискоординированная родовая деятельность - 0,36% и шеечная дистоция - в 1,08% случаев. Клинико-анамнестические данные и течение беременности явились факторами риска возникновения слабости сократительной способности матки. Течение беременности и родов послужили причиной осложнений со стороны матери и плода.

Actualitatea problemei. Distociile dinamice rămân a fi una dintre cele mai actuale probleme în obstetrica contemporană, cu interes științifico-practic deosebit, determinat atât de modalitatea de finalizare a nașterii, cât și de rezultatele finale perinatale nefavorabile pentru mamă și făt. Actualitatea temei se datorează morbidității și mortalității perinatale înalte, numărului mare de intervenții operatorii în naștere în interesul mamei și al fătului, dar și complicațiilor ce apar în timpul nașterii determinate de această patologie. În prezent, patologia forțelor de contracție a uterului în cursul travaliului se observă mai frecvent ca în anii precedenți, iar în timpul apropiat nu există premi-

se pentru o scădere esențială a patologiei în cauză [1]. Acest fapt este determinat de mai mulți factori, printre care se enumeră: consecințele nefavorabile ale întreprinderii sarcinii precedente prin metoda avortului artificial; majorarea numărului primiparelor cu vârsta de 28-30 ani și mai mult, la care distociile dinamice sunt de 2-4 ori mai frecvente, în comparație cu celelalte parturiente, precum și creșterea numărului de nașteri la adolescente, supraextinderea uterului la gravidele cu sarcină multiplă, cu polihidramnios și făt macrosom, sporirea numărului de femei cu anamneză ginecologică agravată [2, 5]. Nașterea în cazul distociilor de contracție se poate complica prin hipoxia intraute-

rină și afectarea ischemică a SNC, deoarece contribuie la mărirea perioadei alichidiene, naștere prelungită, traumatism fetal, care constituie una din cauzele decesului nou-născutului, și la dezvoltarea unei patologii severe a creierului și soldată cu invalidizarea lui. Pot apărea și complicații materne: septico-purulente, hemoragii în perioada lăuziei. Toate complicațiile apărute în cazul distociilor de dinamică în travaliu sporesc morbiditatea și mortalitatea perinatală [3, 4].

Scopul studiului. Analiza particularităților de evoluție a nașterilor complicate cu distocia dinamică.

Material și metode. A fost cercetată evoluția sarcinii, travaliului, lăuziei și perioadei neonatale precoce conform fișelor de observație (f. 096j), foilor de observație ale nou-născuților (f. 097j) pacientelor care au născut în cadrul secțiilor obstetricale ale Spitalului Clinic Municipal nr. 1 din Chișinău în perioada anului 1 ianuarie 2017- 31 decembrie 2017. Au fost incluse în studiu 527 fișe de observație ale mamelor și ale nou-născuților care au fost divizate în două loturi:

- Lotul I (de studiu), care a fost constituit din 277 paciente, unde travaliul s-a complicat cu diverse forme de distocie dinamică.

- Lotul II (de control), constituit din 250 paciente cu naștere la termen, fără complicații în travaliu.

Rezultatele obținute au fost calculate prin:

- Testul *t* Student – verifică omogenitatea a două

selecții pentru a stabili diferența între două valori medii sau două probabilități

- Pragul de semnificație ”p” – demonstrează veridicitatea rezultatelor obținute.

- Tabelul de contingență 2*2 – evaluează asociația între un factor de risc și rezultat, prin calcularea RR (risc relativ) și RA (risc atribuibil).

Datele anamnestice, clinice, de laborator preluate din fișele de observație ale celor 527 de parturiente au fost incluse în anchete statistice. Analiza datelor s-a realizat utilizând programele Statistica 6.0 (Statsoft Inc), EXCEL și SPSS 16.0 (SPSS Inc) cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe.

Rezultate și discuții. Din cele 7476 nașteri înregistrate pe parcursul anului 2017, circa 277 s-au complicat cu distocie dinamică, ceea ce a constituit o incidență de 3,7%. Conform clasificării anomaliilor forțelor de contracție, aceste nașteri patologice au evoluat în diferite subtipuri de distocii dinamice: insuficiența primară a forțelor de contracție s-a întâlnit în 55 cazuri, ceea ce constituie o incidență de 19,85%; insuficiența secundară a forțelor de contracție în 156 cazuri – 56,31%, insuficiența scremetelor în 17 cazuri – 6,13%, nașteri rapide au fost 39 cazuri – 4,07%, nașteri fulgerătoare în 6 cazuri – 2,16%, contracții uterine discoordonate a fost 1 caz – 0,36%, iar distocia de col s-a atestat în 3 cazuri, ceea ce constituie 1,08% (fig.1).

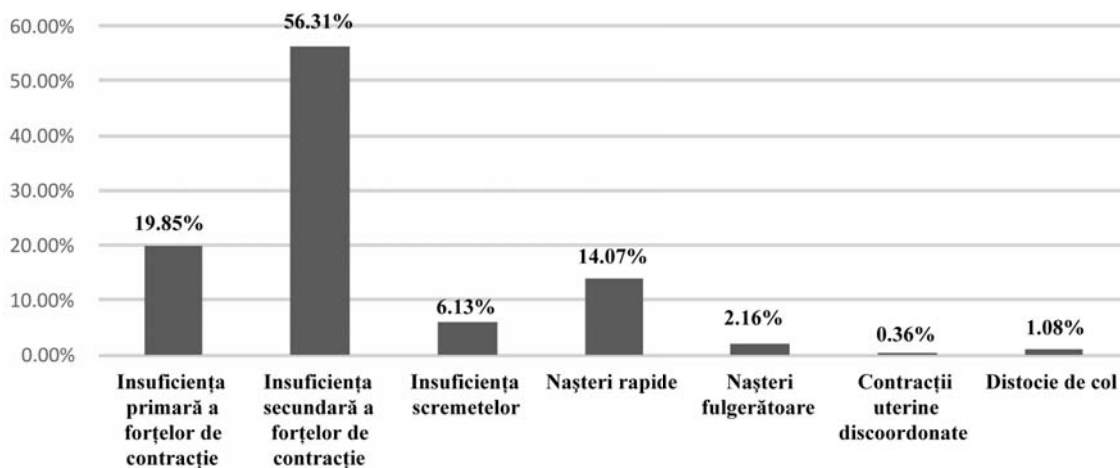


Figura 1. Incidența distociei dinamice după subtipuri pe parcursul anului 2017 în cadrul IMSP SCM nr.1 (%).

Studiind corelația între vârsta gestantei și riscul de apariție a distociei dinamice, am divizat pacientele conform criteriului de vârstă; distocia dinamică din lotul I de studiu are incidența cea mai mare la vârsta cuprinsă între 20 și 30 ani - 58,12% cazuri, comparativ cu lotul martor de 62,8%, vârsta cu risc sporit este cea >30 ani, studiul confirmă acest fapt printr-o incidență de 36,46%, în comparație cu lotul martor în care incidența este 33,2%, iar cu vârsta <20 ani în lotul I de studiu a fost 5,42%, pe când în lotul martor 4% din gestante.

Apariția distociei dinamice la primipare s-a atestat la 172 gestante, ceea ce constituie 62,09%, secundiparelor,

în număr de 77, le-a revenit 27,8%, iar multiparelor, în număr de 28, respectiv 10,11%. În lotul II de control, la fel, le este caracteristic incidența cea mai mare printre primipare de 59,2%, însă mai mică decât la cele din lotul I, iar secundiparele și multiparele au avut o rată mai mare, de 28% și 12,8% comparativ cu lotul de studiu.

În caz de distocie dinamică am remarcat prezența acțiunii noxelor profesionale, ce a constituit 37 din cazuri (13,35%), din datele lotului de control noxele profesionale constituie 22 cazuri, ceea ce constituie 8,8%. În cadrul cercetării, am remarcat că 24 din gestante (8,66%) erau mame fumătoare anterior, dintre care 6 (2,16%) au fost

fumătoare permanente și pe parcursul sarcinii, comparativ cu lotul de control ce constituie 11 cazuri de fumătoare anterior (4,4%), dintre care 3 au fost permanente (1,08%).

Conform rezultatelor studiului efectuat, anamneză obstetricală și ginecologică complicată, s-a atestat la aproximativ fiecare a III-a gravidă. Structura AOC a fost următoarea: rata cea mai înaltă – 23,46% (65 de cazuri) au constituit-o avorturii spontane în lotul de studiu și în 46 cazuri (18,4%) – în lotul de control, urmate de avorturile medicale cu o rată de 12,63% cazuri în lotul de cercetare și 10,8% cazuri în cel de control. Sarcini stagnante s-au atestat în 23 cazuri cu o incidență de până la 8,6% în lotul de studiu, comparativ cu lotul de control, în care au fost 15 cazuri și o incidență de 6%. În structura anamnezei ginecologice agravate, cea mai înaltă rată a avut-o boala inflamatorie pelvină cu 20,94% cazuri în lotul de studiu și 17,2% cazuri în lotul de control. Au urmat sterilitatea primară și secundară cu o rată de 5,42% cazuri și 3,6% cazuri și miomul uterin cu 5,05% cazuri și respectiv – 4,4%. TORCH-infecțiile și chisturile ovariene s-au înregistrat cu o rată de 3,97% față de 2% și 1,08% comparativ cu 2,4%.

Rata cea mai mare printre patologiile extragenitale au avut-o maladiile sistemului endocrin (hipo- și hipertireoză, obezitatea de diferit grad, diabetul zaharat tip I și tip II), cu o incidență în ansamblu de 22,38% cazuri, pe locul al 2-lea s-au situat patologiile sistemului urinar (pielonefrita acută și cronică, colica renală, urolitiază și bacteriuria) cu o incidență de 14,44%, iar pe locul 3 – patologiile sistemului cardiovascular (prolapsul valvei mitrale și tricuspitale de diferit grad, dereglări ale ritmului cardiac (extrasistolii, tahicardii și bradicardii sinusale) cu o incidență de 7,59%. Patologia oculară (miopie de diferit grad de severitate, intervenții chirurgicale oculare în anamne-

ză) și patologia sistemului respirator au constituit aceeași cotă-parte în lotul de studiu de circa 6,5%. Patologiile tractului digestiv (gastrita acută și cronică, sindromul Gilbert și hepatitele virale) au obținut o rată totală de 3,97% cazuri în lotul studiu. Pe ultimul loc s-au situat patologiile sistemului nervos (tensiunea intracraniană mărită, trauma craniocerebrală în anamneză), cu o incidență de 3,61%.

Majoritatea sarcinilor au evoluat pe un fundal de gestație patologică cu utilizarea tratamentului tocolitic de durată. În 11,55% cazuri, sarcina a evoluat pe fond de naștere prematură în lotul de studiu și de 8,8% cazuri în lotul de control, pe locul 2 situându-se iminență de avort spontan precoce cu o rată de 9,09% cazuri în lotul de studiu și de 5,2% cazuri în lotul de control. Avortul spontan tardiv, situat pe locul 3 după incidență, s-a determinat în 5,41% cazuri în lotul de studiu și în 1,2% cazuri la pacientele din lotul de cercetare.

În urma studiului efectuat am constatat că la gestantele din lotul de studiu, nașterea s-a finalizat pe cale naturală în 161 cazuri, ceea ce constituie 58,12%, prin operație cezariană - 103 de cazuri, ceea ce constituie 37,18%, iar prin aplicarea ventuzei obstetricale – 13 cazuri, ceea ce constituie 4,69%.

Am remarcat că insuficiența forțelor de contracție ocupă locul de frunte în structura indicațiilor pentru operație cezariană de urgență, fiind înregistrată în 65 cazuri (62,5%). Pe locul al doilea s-a situat disproporția fetopelvină – 25 cazuri (24,03%), iar perioada alichidiană îndelungată, întâlnită în 8 cazuri (7,69%) a fost a treia patologie după frecvență. Atât distocia de col uterin, cât și poziția înaltă a suturii sagitale au fost înregistrate fiecare în câte 3 cazuri, ceea ce constituie 2,88% (fig.2).

Conform studiului nostru, pentru stimularea travaliului s-a utilizat sol. Oxitocini 5 UI și viteza perfuzării de 10 pic/min în 8,18% de cazuri și 20 pic/min în 11,11% de cazuri, iar sol. Oxitocini 10UI s-a perfuzat mult mai frecvent cu următoarea viteză: 10 pic/min în 30,4% de cazuri, 20 pic/min în 31,75% de cazuri, 30 pic/min în 4,67% cazuri, iar 40 pic/min în 14,03% cazuri din lotul de studiu. Un rol important îl are durata perfuzării, pentru aceasta am analizat acest indicator în lotul celor 171 parturiente perfuzate și am obținut următoarea structură a regimului de perfuzare: în 16 cazuri timpul de perfuzare a fost 1 oră (9,35%), în 18 cazuri s-a perfuzat 1,5 ore (10,53%), 2 ore în 56 de cazuri (32,75%), aproximativ 2,5 ore s-a perfuzat în cazul altor 5 de parturiente (2,92%), 3 ore – în 52 de cazuri (30,41%), 3,5 ore în 18 cazuri ce constituie 10,53%, iar pe o durată de 4 ore s-au perfuzat 6 cazuri, ceea ce constituie 3,51% de cazuri în din lotul de studiu.

În lotul de studiu, dintre cele 277 cazuri de distocie dinamică, majoritatea nou-născuților a avut o stare bună la naștere, deoarece cu 7-8 puncte în lotul de studiu s-au înregistrat 56,32% cazuri și în lotul de control 57,8% cazuri. Printre nașterile din lotul de studiu, cei mai mulți nou-născuți au fost apreciați cu >8 puncte în lotul de control – 76 cazuri (30,4%) și în 75 cazuri

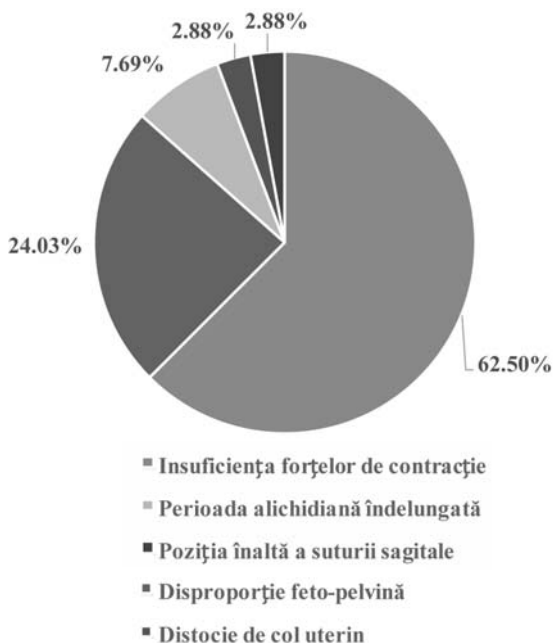


Figura 2. Indicațiile către operația cezariană la gestantele incluse în studiu (%).

(27,08%) în lotul de studiu. Un număr relativ mai mare de nou-născuți 46 cazuri (16,61%) din lotul de studiu au fost apreciați cu o notă mai mică de 7 puncte.

Conform rezultatelor studiului nostru, traumatismul căilor de naștere a fost înregistrat în lotul de studiu în 153 de cazuri, ceea ce constituie 55,23%, comparativ cu lotul martor unde acest indicator a constituit 112 cazuri (44,8%). Pe locul II se situează decolarea manuală a placentei atestată în 91 de cazuri (32,85%), comparativ cu 46 de cazuri din lotul martor (18,4%), iar epizio- și perineotomia s-a întâlnit în 41 de cazuri din lotul de studiu, comparativ cu 35 de cazuri din lotul martor. Cea mai ridicată rată a hemoragiei post-partum în volum <500 ml, în ambele loturi au fost 53,79%, comparativ cu 57,6%. A urmat hemoragia în volum de 500-1000 ml cu o incidență de 44,04% în lotul de studiu, în comparație cu 39,2% în lotul martor, iar hemoragia severă cu volumul >1000 ml s-a înregistrat în 2,17% de cazuri în lotul de studiu, în comparație cu 3,2% în lotul martor.

Concluzii:

1. Conform studiului efectuat, incidența distociilor dinamice pe parcursul anului 2017 în cadrul Spitalului Clinic Municipal nr.1 a fost de 3,7% cazuri din numărul total de 7476 de nașteri. În funcție de tipurile distocii, s-au înregistrat: insuficiența primară a forțelor de contracție – în 19,85% cazuri, insuficiența secundară a forțelor de contracție – în 56,31% cazuri, insuficiența scremetelor – 6,13%, nașteri rapide – 4,07%, nașteri fulgerătoare – 2,16%, contracții uterine discoordonate – 0,36%, iar distocia de col – 1,08% cazuri.

2. Datele anamnestic- clinice în evoluția travaliului distocic au evidențiat următorii factori de risc: primiparitatea 62,09%, vârsta gestantei >30 de ani în 36,46% și <20 ani în 5,42%, prezența noxelor profesionale 8,8% și

tabagismul în 8,66%, boala inflamatorie pelvină – 20,94% și avorturile spontane în 23,46% de cazuri. Din anamneza extragenitală cea mai frecventă a fost patologia endocrină – 22,38%, iar utilizarea îndelungată a terapiei tocolitice în iminență de naștere prematură – în 1,55% cazuri.

3. Nașterea s-a finalizat pe cale naturală în 58,12% cazuri, prin operație cezariană – în 37,18%, iar prin aplicarea ventuzei obstetricale – în 4,69% cazuri.

4. Rezultatele studiului au demonstrat eficacitatea înaltă (75% de cazuri), a corecției insuficienței contractile uterine prin administrarea Oxitocinei cu regimul de perfuzare cu concentrația de 10 UI, cu o viteză de 10-20 pic/min și cu o durată în medie de 2-3 ore.

5. Complicațiile materne și fetale în travaliu și post-partum, conform rezultatelor studiului, au fost: hipoxia ușoară a nou-născuților la naștere, apreciată cu 6-7 puncte după scorul Apgar – 16,61% cazuri, traumatismul căilor de naștere cu o incidență de 55,23%, decolarea manuală a placentei – 32,85%, epizio- și perineotomia – în 14,80% și hemoragia postpartum severă – în 2,17% cazuri.

Bibliografie:

1. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003 Dystocia and augmentation of labor. //Obstet Gynecol. 2003;102:1445-1454

2. Munteanu I., Tratat de Obstetrică, București, 2000. 365-369, 379-394, 472-481 p.

3. Paladi G., Cernetchi O. Obstetrică patologică, vol. II, Chișinău, 2007. 439-475 p.

4. Активное ведение родов, Руководство для врачей, С. Петербург, 2007

5. Дуда И.В. Нарушения сократительной деятельности матки, Минск, 2009, с. 92-95.

© Șt.Gațcan, V. Petrov, I. Opalco, V. Pădure, Lilia Sinițina, V. Petrovici, V. David, Ch. Grecu

Șt.Gațcan, V. Petrov, I. Opalco, V. Pădure, Lilia Sinițina, V. Petrovici, V. David, Ch. Grecu
MORTINATALITATEA PRETERMEN: CONSECINȚĂ A PATOLOGIEI SARCINII SAU PLACENTEI
IMSP Institutul Mamei și Copilului

SUMMARY

PRETERM STILLBIRTH: CONSEQUENCE OF PATHOLOGY OF PREGNANCY OR PLACENTA.

Key-words: stillbirth, prematurity, intrauterine infection, placenta, corrosive method

Maternal or fetal infections account for 50% of the causal structure of mortality in underdeveloped or developing countries, as opposed to highly developed countries where the same rate is 10-25%. Purpose of the study: evaluation of perinatal period peculiarities associated with inflammatory processes in preterm stillbirth. Materials and methods: to achieve the aim of the proposed study, we analyzed 237 patients who were born during 2015-2017 within the PMSI Institute of Mother and Child.

Results: complication of polyhydramnios pregnancy is associated with a 2-fold greater likelihood of complication with stillbirth, a similar trend with complicated pregnancy with intrauterine infection and an increase in chronic infections of the lower genital tract. The relative risk of intrauterine infection on the preterm stillbirth phenomenon increases proportionally with the term of gestation. Preterm pregnancy complicated with uterine death in the fetus is commonly preceded by chorioamnionitis, and birth is complicated by partial retention of placenta or amniotic membranes.

РЕЗЮМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА, СВЯЗАННОГО С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ В СЛУЧАЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ МЕРТВороЖДАЕМОСТИ.

Ключевые слова: мертворождаемость, внутриутробная инфекция, многоводие, хориоамнионит.

Инфекции матери и плода составляют 50% причинно-следственной структуры мертворождаемости в слаборазвитых или развивающихся странах, в отличие от высокоразвитых стран, где такой же показатель составляет 10-25%. Цель исследования: оценить перинатальные особенности, связанные с воспалительными процессами с преждевременной мертворождаемостью. Материалы и методы: для достижения цели исследования было проанализировано 237 пациенток, родившихся в течение 2015-2017 гг. в Институте Матери и Ребенка.

Результаты: осложнение беременности многоводием связано с 2-кратно большей вероятностью при преждевременной мертворождаемости, аналогичная тенденция имеется при беременности осложненной внутриутробной инфекцией и острыми хроническими инфекциями мочевых путей. Относительный риск влияния внутриутробной инфекции на уровень преждевременной смертности и увеличивается пропорционально сроку беременности.

Хориоамнионит обычно предшествует преждевременную беременность, с внутриутробной гибелью плода, а роды осложняются частичной задержкой отделения плаценты или амниотических мембран.

Cuvinte-cheie: mortinatalitate, prematuritate, infecție intrauterină, placentă, metodă corozivă

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), rata globală a mortinatalității se estimează a fi de 18,4 la 1000 nașteri, sau în jur de 2,6 milioane de copii morți în fiecare an, [1].

Anomaliile placentare sunt implicate în multe cazuri de mortinatalitate (23-65%). Studiarea patologiei placentare este una dintre componentele cele mai utile în identificarea unei posibile cauze de deces în cazul decedului in utero. [2].

Cele mai utile abordări pentru evaluarea infecției ca o posibilă cauză a nașterii cu feți morți includ istoria, histologia placentară și autopsia perinatală, iar examinarea patologiei placentare și fetale pot prezenta rezultate caracteristice sau incluziuni care indică

infecții specifice, cum ar fi sifilisul, citomegalovirusul sau parvovirusul. [3].

Decesele fetale cauzate de infecții bacteriene au substrat matern bazat pe răspunsul inflamator placentar, dar nu pe răspunsul inflamator fetal [4]. Infecțiile reprezintă aproximativ 10% din cauzele mortinatalității în țările înalt dezvoltate. Proporția este considerabil mai mare în țările cu o economie slabă [5].

Infecția poate duce la decesul antenatal prin numeroase căi: infecția directă a fătului care duce la sepsis, infecția fetală care provoacă anomalii fetale, infecția placentară, infecția maternă severă și sepsis, iar infecția intrauterină duce la naștere prematură spontană, adesea la gestații previable [6].

Din datele disponibile, travaliul prelungit, obstrucționat și diferitele infecții, toate fără tratament adec-

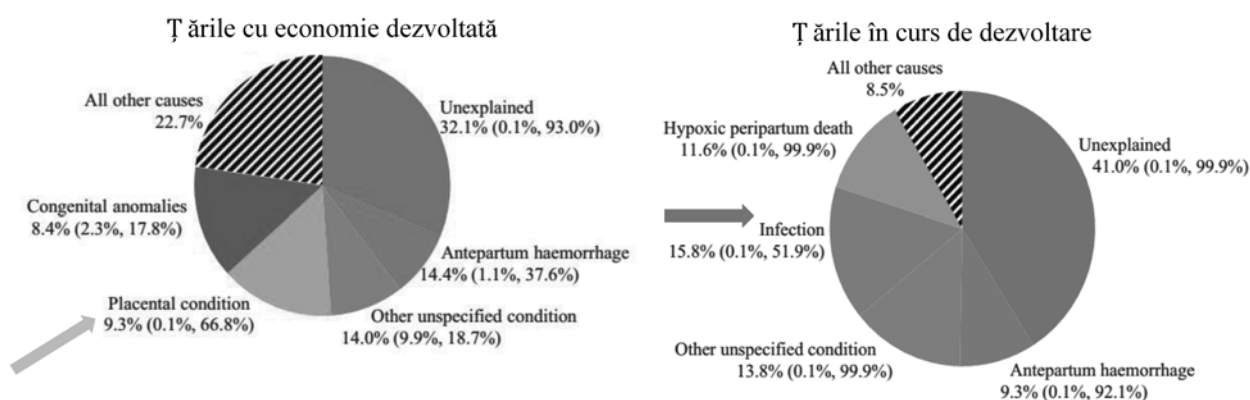


Fig 1. Top cinci estimări globale ale cauzelor globale a mortinatalității [8]

vat, reprezintă majoritatea cazurilor de deces in utero în țările în curs de dezvoltare. Strategiile care au redus în mod efectiv mortalitatea în țările dezvoltate au avut rezultate mixte în țările în curs de dezvoltare; totodată, identificarea și tratamentul infecțiilor, s-a dovedit a fi eficientă în reducerea riscului de deces antenatal, în timp ce strategiile de îmbunătățire a îngrijirii obstetricale nu au fost evaluate pe scară largă. În ciuda numărului mare de nașteri cu feți morți în întreaga lume, tema mortalității din țările în curs de dezvoltare a fost foarte puțin cercetată și nu i s-a dedicat programe sau politici. Un acces mai bun la îngrijirea obstetricală adecvată, în special în timpul travaliului, ar trebui să reducă în mod esențial ratele de deces antenatal din țările în curs de dezvoltare. Deși anumite evenimente ar putea cauza nașterea unui făt mort, identificarea cauzei în această perioadă de viață este complexă. Chiar și cu examene histologice placentare și autopsii cauza a jumătate dintre nașterile cu feți morți rămâne neidentificată [6].

Estimările sugerează că infecția este responsabilă de aproape jumătate dintre nașterile feților morți în țările în curs de dezvoltare [7]. Infecția poate duce la deces antenatal prin mai multe căi. În primul rând prin infecția maternă care are ca rezultat o boală sistemică, adică febră maternă crescută sau suferință respiratorie, ulterior fătul poate muri, fără ca microorganismele să fie transmise placentei sau fătului. Apoi, placentă poate fi direct infectată fără răspândirea microorganismelor la făt, cu un flux sangvin redus, rezultând un deces in utero. În cele din urmă, infecția fătului poate deteriora organele vitale, fapt ce are ca rezultat decesul acestuia sau poate duce la o anomalie de dezvoltare care ulterior condiționează decesul fătului prenatal.

Legătura între infecție și mortalitate se exprimă preponderent prin afecțiunea placentară, iar examinarea histologică a placentei, culturile microbiene placentare și fetale pot omite unele infecții cu impact important. Indiferent de cele relatate anterior chiar în prezența semnelor vădite de infectare, este dificil de a stabili cauzele directe ale decesului intrauterin al fătului, și cu atât mai mult de a preveni survenirea morții fetale.

Scopul studiului: aprecierea consecințelor patologiei inflamatorii a sarcinii sau a placentei în determinismul mortalității pretermen.

Obiectivele studiului:

1. Evaluarea rolului factorilor medicali infecțioși în mortalitatea prematurilor.
2. Elucidarea rezultatelor testării metodei corozive asupra complexului placentar.
3. Evaluarea structurii cauzale multifactoriale morfopatologice a cazurilor de mortalitate în contextul nașterilor premature.

Material și metode: pentru realizarea scopului studiului au fost analizate prospectiv cazurile a 308 de paciente care au născut prematur pe parcursul anilor 2015-2018 în clinica IMSP Institutul Mamei și Copilului. Cazurile investigate care au fost eșalonate în 2 loturi (fig.2):

- lotul I (de bază) – 111 cazuri de mortalitate pretermen, dintre care 16 – la termenul 26-27 s.a.^{+6z}, 55 – la termenul 28-32 s.a.^{+6z} și 40 cazuri – la termenul de gestație 33-36 s.a.^{+6z}.
- lotul II (de control) – 197 cazuri de naștere cu nou-născuți vii dintre care, 19 – la termenul 26-27 s.a.^{+6z} și 95 – la termenul 28-32 s.a.^{+6z}, 83 cazuri – cu termenul de gestație 33-36 s.a.^{+6z}.

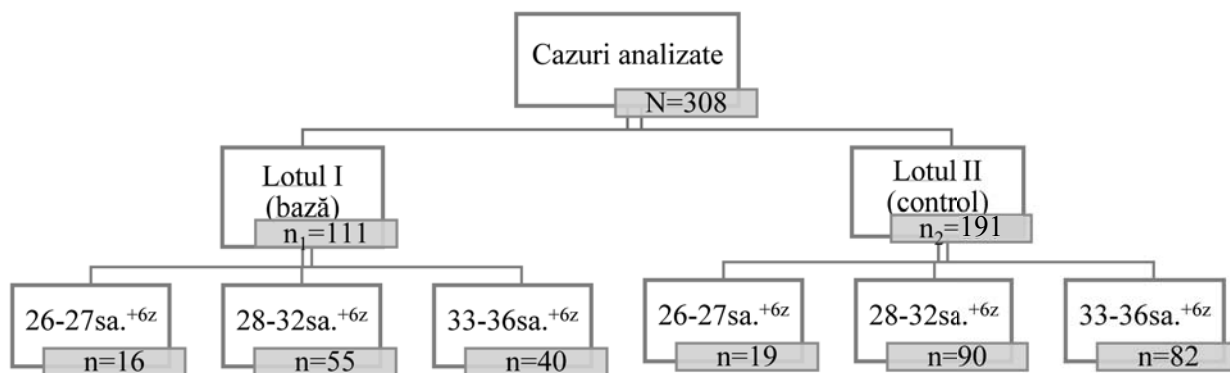


Fig. 2. Designul studiului

Colectarea datelor s-a efectuat cu ajutorul chestionarului mortalității, elaborat special pentru studiul actual. Baza de date a fost creată prin intermediul programului Microsoft Excel 2016. Analiza datelor s-a realizat utilizând programul Microsoft EXCEL 2016, EpiInfo7, GraphPad Prism 7, IBM SPSS Statistics 22 cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe.

Criteriile de excludere din cercetare: sarcină gemelară, nașteri la termen, nașteri la termene mai mici de 26 săptămâni (din cauza lipsei cazurilor cu acest termen de gestație în lotul de control, fapt ce nu permitea analiza statistică comparativă).

Prin prisma evaluării statistice a variabilității indicatorilor în loturile analizate, cu dispersia conform

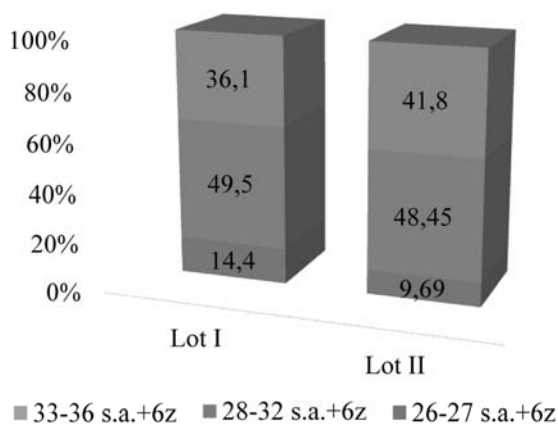


Fig. 3 Divizarea loturilor în funcție de termenul de gestație

termenului de sarcină la momentul nașterii și transpunerea corespunzătoare a analizei ANOVA, am demonstrat o uniformitate a loturilor, concluzionând în baza lipsei diferenței statistice $p > 0,05$ (fig.3).

Pentru determinarea rolului factorilor medicali infecțioși anamnestici în mortalitatea prematurilor s-au luat în calcul factori ca: frecvența infecțiilor specifice, a endometritei post-partum în sarcina precedentă, a pielonefritei cronice, inflamațiilor cronice ale organelor genitale, prezența focarelor de infecții extragenitale (tab. 1).

Probabilitatea de a se complica o sarcină cu mortalitatea este de 1,7 ori mai mare în cazul endometritei post-partum în sarcina precedentă, $p > 0,05$. Pielonefrita cronică fără acutizări în timpul sarcinii nu a fost asociată cu probabilitatea complicării sarcinii cu deces antenatal. ($RR=1,37$, $p > 0,05$). Cel mai mare risc asupra fenomenului de mortalitate a fost asociat cu inflamațiile cronice ale organelor genitale ($RR=2,44$, $p < 0,05$) și focarele cronice de infecție extragenitală ($RR=1,99$; $p < 0,05$). Diferență statistic veridică a ratei depistării antenatale a leucocituriei și bacteriuriei în ambele loturi de studiu, nu a fost depistată, fapt ce indică lipsa dependenței directe a fenomenului mortalității de acești factori în parte.

Tabelul 1.

Anamneza somatică complicată de procesele inflamator-infecțioase

Criteriu	Lot I N=111	Lot II N=197	RR	RR1	RR2	RR3	p
	n_1	n_2					
Endometrită	8	5	1,76	1,10	1,78	2,11	$p > 0,05$
Pielonefrită cr.	17	19	1,37	1,79	1,42	1,24	$p > 0,05$
Inflamații cronice ale organelor genitale	39	17	2,44	1,82	2,65	2,37	$p < 0,05$
Focare de infecție cronică extragenitală	22	12	1,99	1,79	1,96	2,12	$p < 0,05$
Leucociturie	15	20	1,22	0,71	1,43	1,11	$p > 0,05$
Bacteriurie	12	18	1,12	1,52	1,10	1,03	$p > 0,05$

RR – riscul relativ dintre loturile I și II
RR₁ – sublotul 26-27 s.a.^{+6z}.

RR₂ – sublotul 28-32 s.a.^{+6z}.
RR₃ – sublotul 33-36 s.a.^{+6z}.

Tabelul 2.

Complicațiile inflamator-infecțioase ale sarcinii raportate la riscul de deces antenatal

Criteriu	Lot I N=111	Lot II N=197	RR	RR1	RR2	RR3	p
	n_1	n_2					
Polihidramnios	10	4	2,19	1,82	2,35	2,21	$p < 0,01$
Oligoamnios	11	5	2,04	1,79	2,05	2,21	$p < 0,01$
Infecție intrauterină	25	11	2,29	2,40	2,37	2,08	$p < 0,001$
Acutizarea infecțiilor cronice ale tractului genitourinar inferior	24	10	2,50	1,82	2,67	2,65	$p < 0,001$
Placentă patologică USG (edem, chist, calcinate)	13	4	2,22	2,03	2,18	2,35	$p < 0,001$

Evaluarea substratului inflamator al evoluției patologice a sarcinii atestă faptul că sarcina complicată cu oligoamnios este asociată cu o probabilitate de 2 ori mai mare de a se solda cu mortalitate ($RR=2,19$, $CI:1,30-2,91$, $p < 0,05$), tendință similară având și sar-

cina complicată cu infecție intrauterină ($RR=2,29$, $CI:1,61-3,30$, $p < 0,001$), precum și acutizarea infecțiilor cronice ale tractului genitourinar inferior ($RR=2,50$, $CI:1,62-5,31$, $p < 0,001$). Marcherii ecografice ai infecției intrauterine sunt de asemenea asoci-

ați cu o rată sporită a decesului in utero (RR=2,22, CI:1,51-3,19, p<0,001) (tab.2).

S-a efectuat studiul bacteriologic la pacientele și feteșii din grupul de bază, cu aprecierea microbiocenozii vaginale materne (unde s-a depistat creștere 100%), și a hemoculturii la feteșii decedați (sângele fiind prelevat din ventriculul drept al fătului) unde doar în 39,4% cazuri a fost creștere bacteriologică (fig. 4).

A fost analizat spectrul microbial depistat în urma investigațiilor microbiologice la pacientele din lotul de bază, comparativ cu hemocultura pozitivă depistată la feteșii decedați.

S-a observat că microbiocenoză vaginală (nr. total 106) s-a caracterizat prin prezența mai multor tulpini de microorganisme, precum: E. Coli, E. Fecalis, Kl. pneumonia, etc.

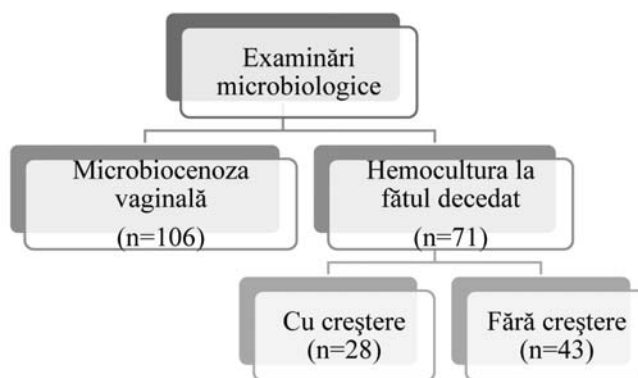


Fig. 4 Studiul bacteriologic la pacientele și feteșii din grupul de bază

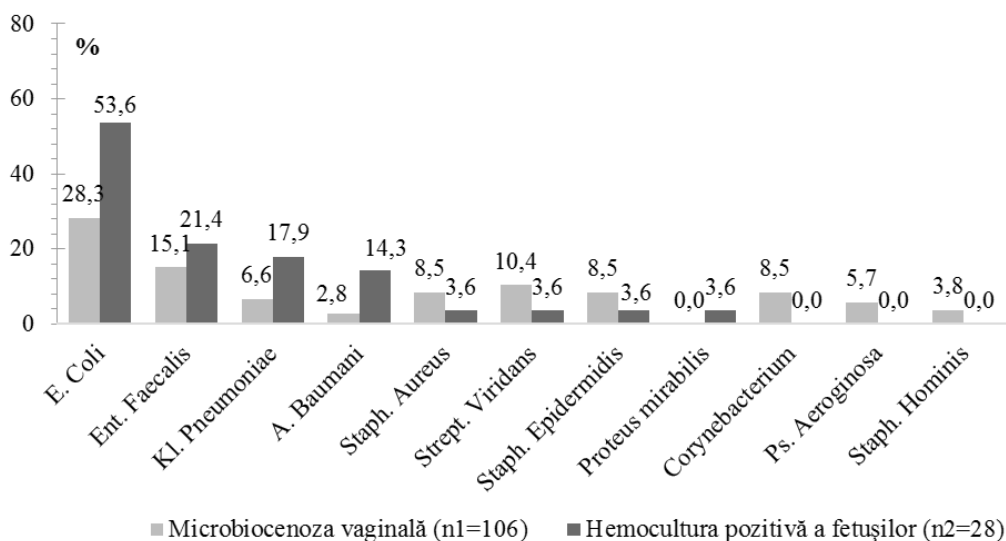


Fig. 5 Spectrul microbial depistat în urma examinărilor microbiologice

Hemocultura pozitivă (n=28) a feteșilor a demonstrat un spectru mai redus de microorganisme, predominând în special E. Coli (53,6%), E. Fecalis (21,4%), A. Baumani (14,3 %) și combinația simultană a mai multor germeni patogeni.

Un rol important în decesul antenatal al feteșilor îl are hipoxia intrauterină (subacută sau cronică), care, de regulă, este determinată de patologia complexului placentar, în special, a rețelei vasculare. Pentru studierea patologiei rețelei vasculare a complexului placentar a fost aplicată metoda corozivă, care oferă rezultate macroscopice ale dereglărilor circulației sangvine placentare fetale și care este utilizată, în paralel cu metodele clasice, în evaluarea cauzei decesului ante intranatal (fig. 6, 7, 8).

Testarea metodei corozive, ce constă în expunerea succesivă, în etape, a placentei acțiunii unor reagenți chimici, s-a soldat cu obținerea unui preparat anatomic placentar calitativ, demonstrativ și informativ.

Rezultatele examinării particularităților vasculare ale corioamniionului placentar prin utilizarea metodei corozive a permis o evaluare certă a vascularizării la diverse nivele – magistral și segmentar cotiledonian.

Studiind vascularizarea la ambele nivele – magistral și segmentar cotiledonian, observăm că acestea sunt caracterizate de prezența aspectelor stenozante, varicoase, precum și a unei vascularizări variate și asincrone, atât între cotiledoane, cât și la nivelul unuia și aceluiași cotiledon (fig. 9,10).

Modificările atestate relevă că sunt prezente leziuni ale rețelei vasculare, care instantaneu pot contribui la disfuncții circulatorii, ceea ce poate avea un rol predictiv în special în travaliul prelungit (figura 11).

Datorită rolului critic jucat de placentă în determinarea rezultatului sarcinii și al patologiei placentare în etiologia nașterii fătului, histologia placentară este o investigație frecvent utilizată care poate oferi informații importante clinicienilor și părinților cu privire la

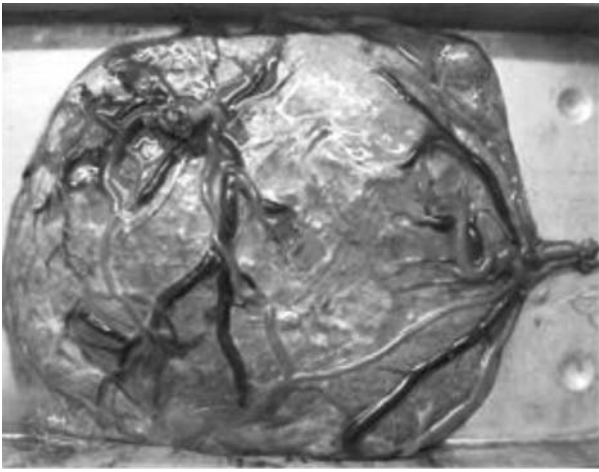


Fig. 6. Etapa I: introducerea intravasculară diferențiată a coloranților în vasele cordonului ombilical (roșu – rețea arterială, negru – rețea venoasă). Macropreparat.

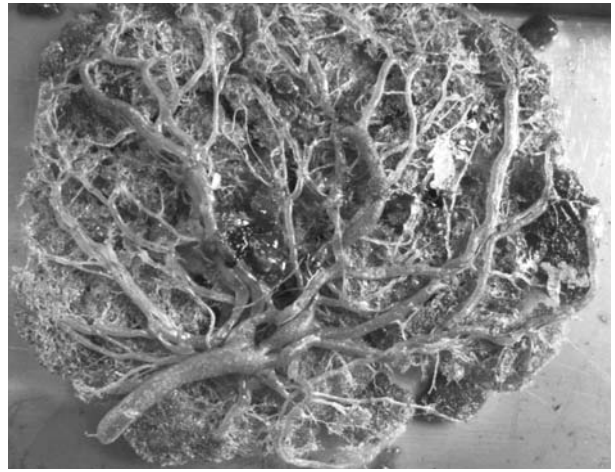


Fig. 7. Etapa intermediară: distrugerea parțială a parenchimului placentar ca rezultat al acțiunii soluției corozive. Macropreparat

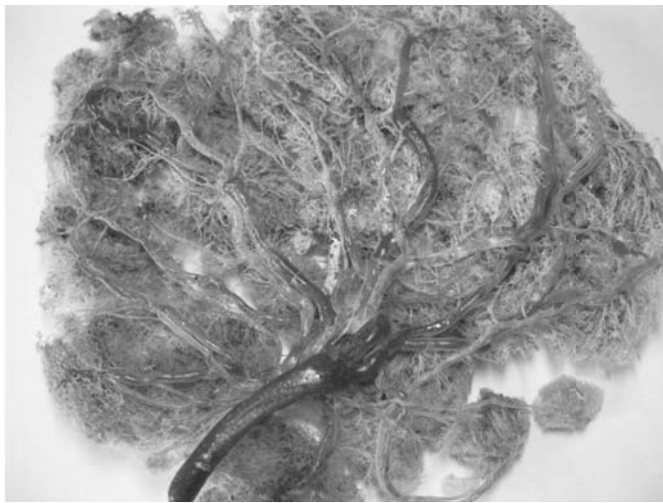


Fig. 8. Etapa finală. Corozia totală a parenchimului placentar. Macropreparat



Fig. 9. Angiopatie vasculară mixtă de ramificare a rețelei vasculare venoase cu stenoze și dilatări varicoase focar-segmentare fără ramificări secundare și terțiare cu reducerea hipoplastica a cotiledoanelor



Fig. 10. Tulburări ale vascularizării cotiledonale placentare. → Stenoză vasculară multiplă focală și segmentară ale vaselor principale ale plăcii coriale cu reducerea vaselor de ramificare. Macropreparat.

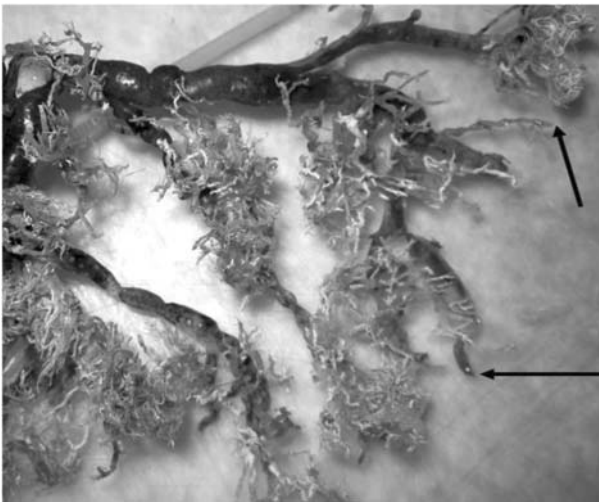


Fig. 11. Stenoze segmentare în lipsa vaselor de ramificare cu reducerea densității vasculare cotiledonale.

motivele decesului. Atunci când este completată cu un sistem de clasificare modern, examinarea histologică a placentei reduce proporția cauzelor inexplicabile ale mortinatalității

Structura causală morfopatologică a cazurilor de mortinatalitate pretermen are o dispersie masivă datorită depistării mai multor factori de influență asupra

fenomenului de mortinatalitate, în special combinații de 2 sau mai mulți factori interdependenți (fig. 12):

Astfel, în urma evaluării histopatologice am constatat că cea mai frecventă cauză morfopatologică a mortinatalității depistată a fost: infecția intrauterină asociată cu hipoxia fătului constituind 34% din cazuri, pe locul doi s-a situat combinația infecției cu patologia placentei – 16% cazuri, fiind urmate de malformațiile congenitale, determinate morfopatologic în 13% cazuri, hipoxia intrauterină a fătului asociată cu patologia placentei – 10% cazuri. Astfel, devine relevant faptul că fenomenul de mortinatalitate are o structură causală complicată determinată de combinație de factori etiopatogeni, în special de natură infecțioasă (fig. 12).

Concluzii:

1. Cel mai mare risc asupra fenomenului de mortinatalitate a fost asociat cu inflamațiile cronice ale organelor genitale (RR=2,44; $p<0,05$) și cu focarele cronice de infecție extragenitală (RR=1,99; $p<0,05$).

2. Evaluarea substratului infecțios al evoluției patologice a sarcinii atestă faptul că o sarcină complicată cu oligoamnios este asociată cu o probabilitate de 2 ori mai mare de a se complica cu mortinatalitate (RR=2,04, $p<0,01$), tendință similară având și sarcina complicată cu infecție intrauterină (RR=2,29, $p<0,001$) care crește odată cu avansarea termenului de gestație.

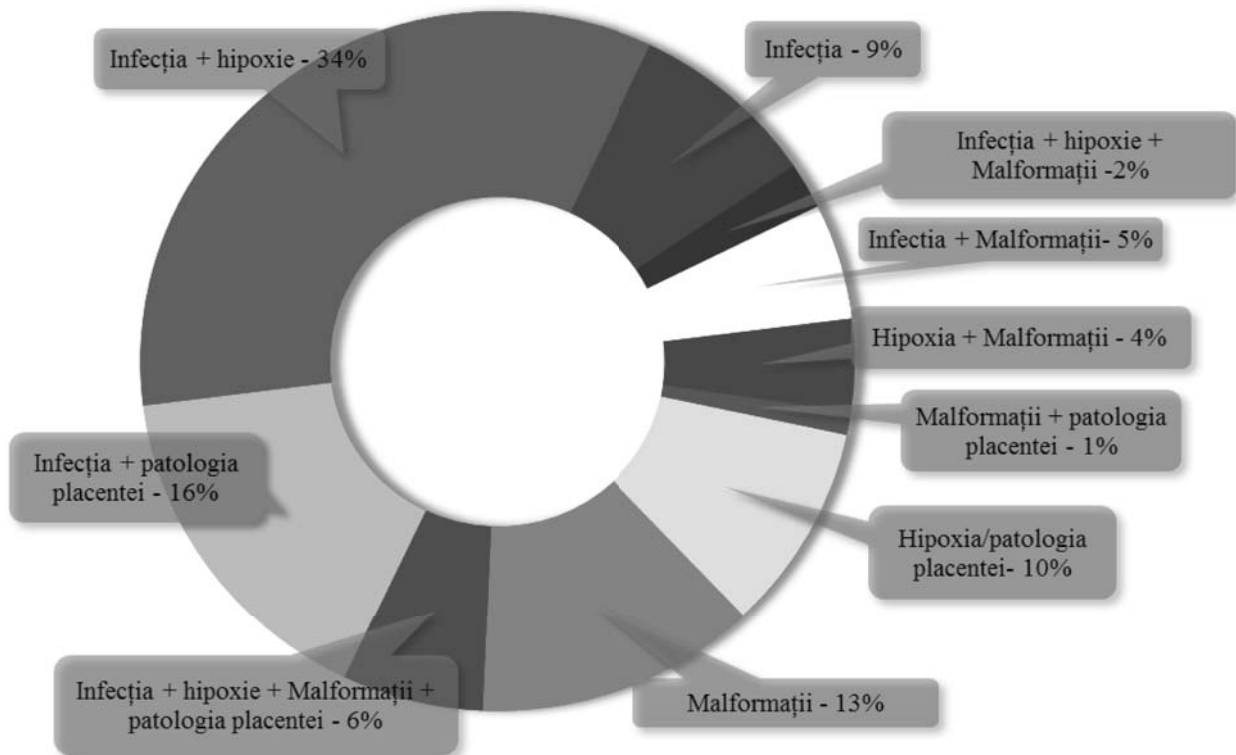


Fig. 12 Structura causală multifactorială morfopatologică a cazurilor de mortinatalitate pretermen

3. Fenomenul de mortinatalitate are o structură cauzală complicată determinată de combinație de factori etiopatogeni, în special de natură infecțioasă. Cea mai frecventă cauză morfopatologică a mortinatalității depistată a fost infecția intrauterină asociată cu hipoxia fătului, constituind 34% din cazuri, pe locul doi s-a situat combinația infecției cu patologia placentei – 16% cazuri, după care urmează malformațiile congenitale, determinate morfopatologic în 13% cazuri și hipoxia intrauterină a fătului asociată cu patologia placentei – 10% cazuri.

4. Atunci când este combinată cu un sistem de clasificare modern, examinarea histologică a placentei reduce proporția cauzelor inexplicabile ale mortinatalității.

Bibliografie

1. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors and potential for progress towards 2030. *Lancet* 2016;387:587–603

2. McPherson E, Nestoridi E, Heinke D, et al. Alternatives to autopsy for fetal and early neonatal (perinatal) deaths: insights from the Wisconsin stillbirth service program. *Birth Defects Res* 2017; 109:1430–1441

3. Jessica M. Page and Robert M. Silver. Evaluation of stillbirth. *Current Opinion Obstet Gynecol.* 2018 Apr;30(2):130-135

4. Blackwell S, Romero R, Chaiworapongsa T, et al. Maternal and fetal inflammatory responses in unexplained fetal death. *J Maternal Fetal Neonatal Med* 2003

5. Gibbs RS. The origins of stillbirth: infectious diseases. *Semin Perinatol* 2002; 26: 75–8

6. McClure EM, Saleem S, Pasha O, Goldenberg RL. Stillbirth in developing countries: a review of causes, risk factors and prevention strategies. *J Matern Fetal Neonat Med* 2009; 22:183–190:747–56

7. DiMario S, Say L, Lincetto O. Risk factors for stillbirth in developing countries: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis.* 2007; 34(7 Suppl):S11–21.

8. Reinebrant H.E. Making stillbirths visible: a systematic review of globally reported causes of stillbirth. *BJOG.* 2017

© Daniela Roșca, A. Serbenco

Daniela Roșca, A. Serbenco

STATUTUL LIPIDIC MATERN PRENATAL ÎN SARCINA COMPLICATĂ CU DIABET ZAHARAT

IMSP Institutul Mamei și Copilului

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie din Republica Moldova „Nicolae Testemițanu”,

Catedra Obstetrică-Ginecologie nr.2

SUMMARY

PRENATAL MATERNAL LIPID STATUS IN PREGNANCY COMPLICATED BY DIABETES MELLITUS

Keywords: pregnancy, diabetes mellitus (DM), lipids.

Introduction: *diabetes mellitus (DM) is considered an important factor contributing to the impairment of maternal lipid metabolism with a frequent negative impact on fetal development.*

Objective of the study: *analysis of some particularities of lipid metabolism in pregnant with different types of DM.*

Materials and methods: *prospective cohort study was conducted: 96 pregnant with diabetes (baseline group) and 96 pregnancies without diabetes (control group) who delivered in Institute of Mother and Child Care, Chișinău, Republic of Moldova. The baseline lot was divided into 3 subgroups, depending on type of DM : 31 (32.3%) of the pregnant with DM type I (sublot 1), 15 (15.6%) of the pregnant with DM type II (sublot 2) and 50 (52.1%) of patients with gestational diabetes mellitus (GDM) (sublot 3).*

Results: *the analysis of prenatal lipid status in pregnant with DM revealed a total increase in TG values of -2.53 ± 0.69 mmol / L ($1.75-5.68$ mmol / L) compared to nondiabetic pregnancies, which had TG - 2.21 ± 0.28 mmol / L ($1.65-2.76$ mmol / L), $p < 0.0001$ and LDL cholesterol, respectively 4.64 ± 0.84 mmol / L ($1.38-7.43$ mmol / L) versus 4.07 ± 0.67 mmol / L ($1.72-5.02$ mmol / L), $p < 0.0001$. HDL cholesterol was lower in pregnant women in the baseline group, namely 1.54 ± 0.55 mmol / L ($0.41-3.44$ mmol / L), compared with the control group - 2.22 ± 0.74 mmol / L ($0.31-3.44$ mmol / L).*

/L), $p < 0.0001$. There was a higher increase in TG in mothers with DM who gave birth to large-for-gestational age newborns, both in cases of delivery prematurely and in term.

Conclusion: Pregnancy in women with DM is associated with more pronounced changes in lipid metabolism, predominantly the increase in TG and LDL cholesterol and the decrease in HDL cholesterol.

РЕЗЮМЕ

ПРЕДОДОВЫЙ ЛИПИДНЫЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ключевые слова: беременность, сахарный диабет (СД), липиды.

Введение: сахарный диабет считается важным фактором, способствующим изменениям в метаболизме липидов у матери с частым негативным воздействием на развитие плода.

Цель исследования: изучение некоторых особенностей липидного обмена у беременных с различными формами СД.

Материалы и методы: проведено проспективное когортное исследование: 96 беременных с диабетом (основная группа) и 96 беременностей без диабета (контрольная группа), родивших в Институте Матери и Ребенка в Кишиневе, Республика Молдова. Основная группа была разделена на 3 подгруппы, в зависимости от типа СД: 31 (32,3%) беременных с СД 1 типа (1 подгруппа), 15 (15,6%), беременных с СД 2 типа (2 подгруппа) и 50 (52,1%), пациентов с гестационным сахарным диабетом (3 подгруппа).

Результаты: анализ предродового липидного статуса беременных с СД выделил общее увеличение триглицеридов (ТГ) - $2,53 \pm 0,69$ ммоль / л ($1,75-5,68$ ммоль / л) по сравнению с беременными без СД, которые имели среднее значение триглицеридов $-2,21 \pm 0,28$ ммоль / л ($1,65-2,76$ ммоль / л), $p < 0,0001$ и липопротеины низкой плотности $4,64 \pm 0,84$ ммоль / л ($1,38-7,43$ ммоль / л) и соответственно $4,07 \pm 0,67$ $1,72-5,02$ ммоль / л), $p < 0,0001$. Липопротеиды высокой плотности были ниже у беременных женщин в основной группе, а именно $1,54 \pm 0,55$ ммоль / л ($0,41-3,44$ ммоль / л), по сравнению с контрольной группой - $2,22 \pm 0,74$ ммоль / л ($0,31-3,44$ ммоль / л), $p < 0,0001$. Наблюдался более высокий рост ТГ у матерей с СД, у которых рождались дети большие для своего гестационного возраста как в случаях преждевременных, так и родов в срок.

Выводы: беременность у женщин с СД сопровождается более выраженными изменениями в липидном обмене, преимущественно с увеличением триглицеридов и липопротеинов низкой плотности и снижением липопротеидов высокой плотности.

Introducere. Relația dintre compoziția sau nivelele anormale ale lipoproteinelor sangvine și bolile cardiovasculare la adulți este bine stabilită atât în studiile epidemiologice, cât și în cele prospective. Deși lipoproteinele cu densitate scăzută (LDL- colesterol) cresc riscul cardiovascular, un nivel crescut al lipoproteinelor cu densitate înaltă (HDL- colesterol) conferă protecție [12,17].

În anul 2001, National Cholesterol Education Program (NCEP), SUA a elaborat în baza datelor Framingham Heart Study o clasificare pentru interpretarea valorilor lipidelor serice, care a fost adoptată în mai multe țări în scopul evaluării riscului bolii aterosclerotice [19].

Clasificarea dată este aplicabilă pentru populația generală, nefiind luate în calcul grupuri speciale, așa ca gravidele, dar orientativă și deloc neglijabilă.

În ultimul deceniu, un număr mare de cercetători și-au concentrat atenția asupra studierii riscului dezvoltării accidentelor cardiovasculare la femei [5,11]; în plus, studiile epidemiologice au demonstrat o relație causală între paritate, complicații ale sarcinii și un risc crescut de boală cardiovasculară în viața ulterioară [1,3,10].

Modificările metabolismului lipidic pe parcursul sarcinii fiziologice, comparativ cu femeile non-gravide, sunt prezentate prin concentrația serică crescută de acizi grași nesaturați, TG, colesterol, fosfolipide și apo-

lipoproteine. Nivelele colesterolului total, TG, LDL-C și VLDL-C sunt crescute în al doilea și al treilea trimestru de sarcină, însă creșterea este semnificativă în al treilea trimestru, comparativ cu al doilea trimestru. Nivelul HDL-C este scăzut în al treilea trimestru, comparativ cu al doilea trimestru [2,15]. Schimbările în metabolismul carbohidraților și al lipidelor au loc în timpul sarcinii pentru a asigura o aprovizionare continuă cu nutrienți pentru fătul în creștere, în pofida aportului alimentar matern intermitent. Aceste modificări metabolice sunt progresive și pot fi accentuate la femeile care au sau dezvoltă diabet zaharat în sarcină.

Diabetul zaharat (DZ) este considerat un important factor, cu impact asupra metabolismului matern și asupra dezvoltării fetale. DZ este, de asemenea, asociat cu dislipidemii și cu tulburări ale profilului lipoproteinelor serice. Profilul lipidic în DZ este frecvent dependent de nivelul de rezistență la insulină — indicele de sensibilitate la insulină corelează negativ cu nivelul de lipide, în special cu nivelul de TG [2]. S-a constatat o asociere între trigliceridemia maternă la debutul sarcinii și riscul ulterior de preeclampsie, DZG și naștere prematură. Prin urmare, estimarea profilului lipidic este recomandată în timpul sarcinii pentru a preveni efectul dăunător al hiperlipidemiei asociate cu sarcina – dezvoltarea preeclampsiei, DZG și nașterii premature [6].

Tabelul. 1

Valorile parametrilor lipidici [mmol/l (mg/dl)]	Clasificarea nivelului
Colesterol total <5,17 (<200) 5,17-6,18 (200-239) ≥6,21 (≥240)	Optim Borderline crescut (limita superioară) Înalt
LDL-colesterol <2,59 (<100) <3,4 (100-129) 3,37-4,12 (130-159) 4,14-4,9 (160-189) ≥4,92 (≥190)	Optim Acceptabil Borderline crescut (limita admisă) Înalt Foarte înalt
Trigliceride (TG) <1,7 (<150) 1,7-2,2 (150-199) 2,3-5,6 (200-499) ≥5,6 (≥500)	Optim Borderline crescut (limita superioară) Înalt Foarte înalt
HDL-colesterol <1,0 (<40) pentru bărbați <1,3 (<50) pentru femei ≥1,6 (≥60)	Scăzut Scăzut Optimal (înalt)

În sarcinile asociate cu DZ, lipidele materne la fel sunt predictorii puternici pentru lipidele fetale și creșterea fetală. Copiii cu creștere anormală sunt expuși la un mediu intrauterin distinct, comparativ cu copiii cu creștere adecvată [16]. Conform mai multor studii, TG serice și acizii grași liberi corelează cel mai mult cu toate dimensiunile antropometrice neonatale, fiind mai mari la mamele cu nou-născuți mari pentru vârsta gestațională, comparativ cu nou-născuții cu vârstă gestațională adecvată [16, 18].

Deși modificarea lipidelor serice și a lipoproteinelor a fost investigată detaliat în timpul și după sarcină, modificările relative înregistrate variază foarte mult între diferite studii.

Scopul studiului. Studiarea unor particularități ale metabolismului lipidic la gravidele cu diferite forme de diabet zaharat.

Material și metode. S-a realizat un studiu prospectiv de cohortă : 96 de gravide cu diabet zaharat (lotul de bază) și 96 de gestante fără diabet zaharat (lotul martor), care au născut în clinica IMSP IMC. Lotul de bază a fost divizat în 3 subloturi, în funcție de tipul DZ: 31 (32,3%) gravide cu DZ tip I (sublotul 1), 15 (15,6%) gravide cu DZ tip II (sublotul 2) și 50 (52,1%) paciente cu diabet zaharat gestațional (DZG) (sublotul 3). Femeile gravide din loturile de studiu nu se deosebeau semnificativ în funcție de mediul de trai și statutul social. Vârsta gestanțelor din ambele loturi era cuprinsă în limitele 18-44 de ani, fiind mai mare în subloturile 2 și 3 (DZ tip II și DZG), respectiv 34.05±6.43 ani și 32.19±6.42 ani; femeile din sublotul 1 (DZ tip I) și lotul martor au avut o vârstă similară, media fiind de 29.94±6.36 ani și 28.23±5.61 ani.

Pentru determinarea profilului lipidic prenatal (TG, colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol) la gravide s-a utilizat metoda enzimatică colorimetrică. Analiza rezultatelor s-a efectuat cu ajutorul programului statistic MedCalc. Pentru prezentarea rezultatelor au fost calculate ratele, indicatorii de proporție, valorile medii, testul de semnificație statistică (p).

Unele date sunt prezentate prin tabele și diagrame.

Rezultate și discuții. Analiza statutului lipidic prenatal la gravidele cu DZ a evidențiat per total o creștere a valorilor TG – 2.53±0.69 mmol/L (1,75 - 5,68 mmol/L), comparativ cu gestantele fără DZ, care au avut valori medii de TG – 2.21±0.28 mmol/L (1,65-2,76 mmol/L), p<0.0001 și a LDL -colesterolului, respectiv 4.64±0.84 mmol/L (1,38-7,43 mmol/L) versus 4.07±0.67 (1,72-5,02 mmol/L), p<0.0001. HDL-colesterolul a fost mai mic la gravidele din lotul de bază și anume 1.54±0.55 mmol/L (0,41-3,44 mmol/L), comparativ cu lotul martor – 2.22±0.74 mmol/L (0,31-3,37 mmol/L), p<0.0001. La gestantele din ambele loturi s-a atestat mărirea colesterolului total, în special în lo-

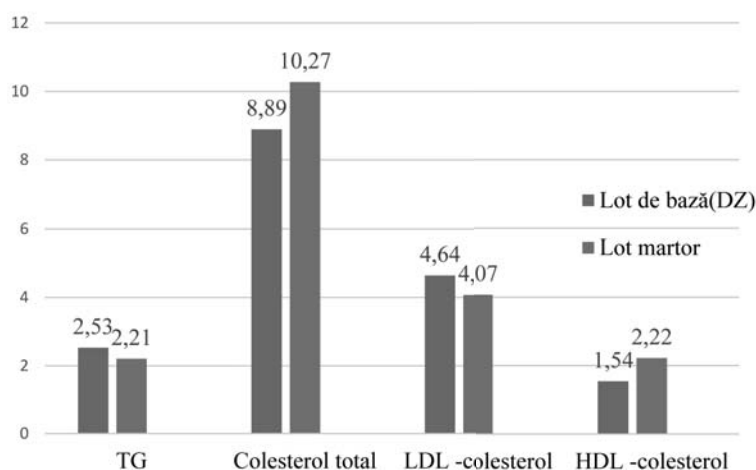


Fig. 1 Statutul lipidic matern prenatal la gravidele cercetate (mmol/L)

mul mator, 10.27 ± 0.73 mmol/L ($7.94-11.48$ mmol/L), comparativ cu lotul de bază -8.89 ± 1.11 ($4.88-11.87$) mmol/L, $p < 0.0001$, ceea ce denotă că această creștere este independentă de statutul diabetic și este o manifestare simplă a sarcinii. Cercetarea lipidelor pe subloturi nu a evidențiat diferențe statistice semnificative între diferite tipuri de DZ.

Rezultatele obținute sunt în concordanță cu datele cercetătorilor Toescu și Nuttall [20], care au investigat

statutul lipidic al gestantelor diabetice și normoglicemice. Deși modificările lipidelor în sarcină sunt destul de subtile și de scurtă durată, pe termen lung ele se asociază cu un risc crescut de boală coronariană.

Studiul a relevat că un factor suplimentar predispozant pentru dislipidemie la gravidele diabetice, cu consecințe pe termen scurt și lung, este și indicele de masă corporală (IMC) preconcepțional ridicat, la fel și obezitatea.

Tabelul. 1

Caracteristica gravidelor din loturile de cercetare

Parametri	Lotul de bază-DZ			Lotul mator
	DZ tip I	DZ tip II	DZG	
Numărul de femei	n=31	n=15	n=50	n=96
	M±s	M±s	M±s	M±s
IMC preconcepțional (kg/m ²)	22.75±7.24	34.09±7.14	31.11±7.24	25.46±5.37
Greutatea (kg)	73.09±21.88	102.81±21.65	98.55±21.83	75.62±14.57

IMC preconcepțional la gravidele din subloturile 2 (DZ II) și 3 (DZG) a fost considerabil mărit, respectiv 34.09 ± 7.14 și 31.11 ± 7.24 , comparativ cu gravidele din sublotul 1 (DZ I) și lotul mator. Obezitatea a fost înregistrată la 54 (56,2%) gravide din lotul de bază și 31 (32,3%) femei din lotul mator. Cele mai multe gravide obeze din lotul de bază au fost cu DZ tip II, și anume 15 (100%) femei, și cu DZG – 34 (68%) gestante, 2/3 dintre care aveau obezitate grad II sau III; printre gravidele cu DZ tip I au fost doar 5 (16,1%) obeze. Analizând statutul lipidic prenatal al gravidelor versus greutatea, am constatat că femeile obeze din ambele loturi au avut dereglări mai mari ale metabolismului lipidic, comparativ cu gravidele din loturile similare, dar normoponderale, iar evaluarea comparativă între loturi a femeilor cu obezitate a evidențiat modificări mai evidente la gravidele cu obezitate și DZ, comparativ cu cele obeze și normoglicemice.

de HDL -colesterol la femeile cu DZ tip II (sublotul 2) și DZG (sublotul 3).

Diabetul zaharat, la fel, constituie un important factor de risc pentru macrosomie sau feți mari pentru vârsta gestațională. Pentru obstetrician, consecințele materne ale macrosomiei fetale includ creșterea frecvenței operației cezariene, travaliului prelungit, hemoragiei post-partum, infecțiilor, traumatismului sever, tromboembolismului. Pentru neonatolog, nou-născuții macrosomi sunt expuși riscului de leziuni ale plexului brahial, fractură a claviculei, hipoglicemie, suferință respiratorie, hiperbilirubinemie și cardiomiopatie [7,8].

Încă în 1954, ipoteza Pedersen [14] a sugerat că macrosomia observată la sarcini cu DZ tip I se datorează mecanismului patofiziologic de hiperglicemie maternă – hiperglicemie fetală hiperinsulinemie fetală. Din păcate, eliminarea totală a macrosomiei în DZ

Tabelul. 2

Profilul lipidic matern prenatal la gravidele obeze incluse în cercetare (mmol/L)

Lipide prenatal	Lotul de bază-DZ n=54	Lotul mator n=31
TG	2.53±0.63 (1,87-5,26)	2.32±0.28 (1,99-2,71)
Colesterol total	8.85±1.32 (7-11,97)	10.48±0.7 (9,68-11,48)
LDL-colesterol	4.55±0.88 (2,8-7,43)	4.31±0.67 (3,59-5,02)
HDL-colesterol	1.69±0.68 (0,41-3,39)	2.15±0.74 (1,64-2,65)

Examinarea pe subloturi a gravidelor cu obezitate a evidențiat creșterea maximală a TG la gravidele cu DZ tip II (sublotul 2) și DZG (sublotul 3), valori mai mari de colesterol total și LDL- colesterol la gestantele obeze cu DZ tip I (sublotul 1) și valori mai reduse

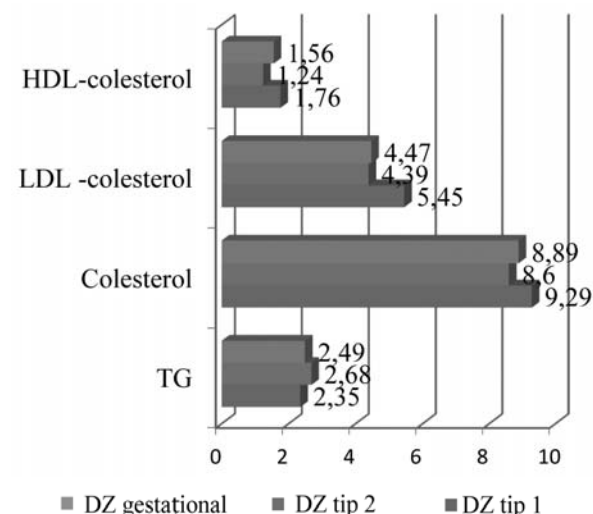


Fig. 2 Profilul lipidic matern prenatal la gravidele obeze din lotul de bază (mmol/L)

cu control glicemic adecvat nu s-a produs. În 1980, Freinkel [4], cu „Ipoteza Pedersen modificată”, a sugerat că nutrienții materni, alții decât glucoza, ar putea fi responsabili pentru creșterea excesivă a fătului.

În literatura de specialitate putem găsi multe lucrări, în special fiind examinat DZ tip II și DZG, care concluzionează că metabolismul lipidic alterat, mai degrabă decât hiperglicemia, corelează cu creșterea fetală în DZ [9, 13].

Evaluarea statutului lipidic prenatal al gravidelor din loturile de cercetare în funcție de termenul de sarcină și datele antropometrice ale nou-născuților a evi-

dențiat o corelare pozitivă doar pentru TG. S-a constatat o creștere mai mare a TG la mamele cu DZ care au născut feți mari pentru vârsta gestațională, atât la cele care au născut prematur cât și la termen, și anume $2,65 \pm 0,64$ mmol/L ($1,84-5,26$ mmol/L) și $2,61 \pm 0,64$ mmol/L ($1,9-5,68$ mmol/L), comparativ cu femeile cu DZ, care au născut feți cu masa mai mică de percentila 90: $2,50 \pm 0,68$ mmol/L ($1,75-3,2$ mmol/L) și $2,43 \pm 0,64$ mmol/L ($1,82-3,88$ mmol/L). Diferențe semnificative în modificările TG în lotul mator în funcție de termenul de sarcină la naștere și statutul nou-născutului nu au fost evidențiate.

Tabelul. 3

Statutul lipidic prenatal al gravidelor din loturile de cercetare în funcție de termenul de sarcină și datele antropometrice ale nou-născuților (mmol/L)

Lipide în serul sangvin matern	Lotul de bază –DZ 96 gravide				Lotul mator 96 gravide			
	nașteri premature – 42		nașteri la termen – 54		nașteri premature – 18		nașteri la termen – 78	
	cu copii mari pentru vârsta gestațională (mai mari de percentila 90) – 29	cu copii adecvați pentru vârsta gestațională (mai mici de percentila 90) – 13	cu copii mari pentru vârsta gestațională (mai mari de percentila 90) – 22	cu copii adecvați pentru vârsta gestațională (mai mici de percentila 90) – 32	cu copii mari pentru vârsta gestațională (mai mari de percentila 90) – 0	cu copii adecvați pentru vârsta gestațională (mai mici de percentila 90) – 18	cu copii mari pentru vârsta gestațională (mai mari de percentila 90) – 7	cu copii adecvați pentru vârsta gestațională (mai mici de percentila 90) – 71
TG	1,84-5,26 $2,65 \pm 0,64$	1,75-3,2 $2,50 \pm 0,68$	1,9-5,68 $2,61 \pm 0,64$	1,82-3,88 $2,43 \pm 0,64$	-	2,05-2,08 $2,02 \pm 0,51$	1,99-2,38 $2,19 \pm 0,28$	1,65-2,76 $2,22 \pm 0,28$
Colesterol	7,06-11,97 $9,02 \pm 1,24$	7,6-10,78 $8,69 \pm 1,09$	7,19-11,69 $8,94 \pm 1,32$	4,88-11,78 $8,85 \pm 1,30$	-	9,59-10,57 $9,74 \pm 1,12$	9,23-10,66 $10,09 \pm 0,7$	7,94-11,48 $10,29 \pm 0,74$
LDL-colesterol	3,78-6,59 $4,65 \pm 0,90$	2,9-7,43 $5,25 \pm 0,75$	3,79-6,16 $4,64 \pm 0,87$	1,38-6,48 $4,59 \pm 0,89$	-	3,84-4,1 $3,89 \pm 0,53$	3,93-4,38 $4,16 \pm 0,67$	1,72-5,02 $4,06 \pm 0,67$
HDL-colesterol	0,41-3,39 $1,58 \pm 0,64$	0,48-2,72 $1,71 \pm 0,56$	0,47-2,85 $1,56 \pm 0,67$	0,5-3,44 $1,49 \pm 0,64$	-	1,59-3,09 $2,37 \pm 0,61$	2,07-2,76 $2,45 \pm 0,73$	0,31-3,37 $1,19 \pm 0,74$

Analiza modificărilor lipidice prenatale în lotul de bază pe subloturi, raportată la termenul de naștere și greutatea nou-născuților, a evidențiat faptul că cele mai multe nașteri premature au fost în sublotul 1 (DZ tip I), majoritatea nașterilor fiind declanșate din cauza DZ sau fetopatiei diabetice, și anume 64,5% (20 cazuri), cu masa medie la naștere a nou-născuților de $3062,40 \pm 720,92$ g (min. 1190g –max. 3760 g), în 35,5% (11 cazuri) fiind copii mari pentru vârsta gestațională (mai mari de percentila 90); nașteri la termen s-au înregistrat în 35,5% (11 cazuri), masa medie a nou-născuților fiind $3912,31 \pm 745,28$ g (min. 2800 g – max. 5204 g), în 36,4% (4 cazuri) copiii erau mari pentru vârsta gestațională. În sublotul 2 (DZ tip II) nașteri premature au fost în 33,3% (5 cazuri), exclusiv între 34-37 săptămâni, masa medie a nou-născuților fiind $3189,16 \pm 686,12$ g (în limitele 3000 g – 3820 g), toți copiii fiind -mari pentru vârsta gestațională (peste percentila 90); greutatea copiilor născuți la termen a fost $3253,55 \pm 688,33$ g (min 2760

g – max 5050 g), din ei 4 copii erau mai mari de percentila 90.

Rata nașterilor premature în sublotul 3 (DZG) a fost de 34% (17 cazuri), fiind mai tardive decât în alte subloturi, preponderent între 35-37 săptămâni, masa medie a nou-născuților a constituit $3808,24 \pm 724,49$ g (min. 1540 g – max. 4290 g), în 76,5% (13 cazuri) copiii au avut greutatea mai mare de percentila 90, nou-născuții la termen au avut o greutate medie de $3795,69 \pm 735,47$ g (în limitele 2984g – 4800 g), 42,4% copii fiind mai mari de percentila 90.

Studierea pe subloturi a evidențiat diferențe semnificative în valorile TG între diferite tipuri de DZ și în interiorul grupurilor între mamele care au născut feți mari pentru vârsta de gestație și copiii adecvați pentru vârsta de gestație.

Astfel, TG cele mai mari per total au fost la gravidele cu DZ a căror sarcini au fost terminate prematur, la indicații materne sau fetale și cu feți mari pentru vârsta gestațională. Cele mai ridicate nivele de

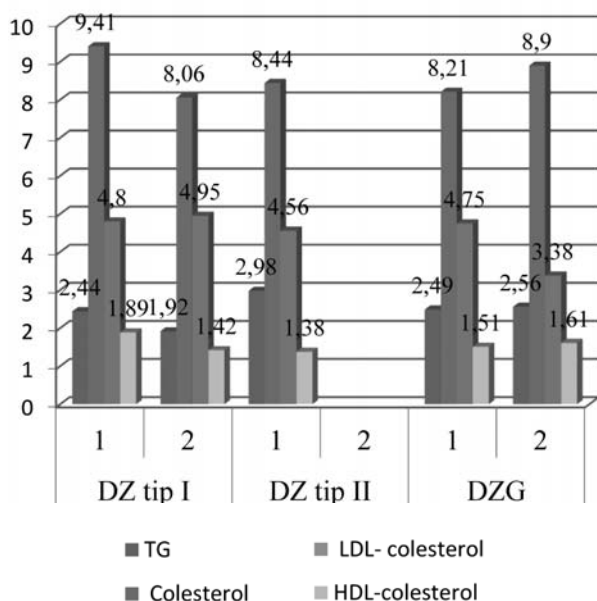


Fig.3. Statutul lipidic prenatal la gravidele din lotul de bază care au născut prematur (mmol/L)
 Grupul 1 – gravide cu copii mari pentru vârsta gestațională, (mai mari de percentila 90).
 Grupul 2 – gravide cu copii adecvați pentru vârsta gestațională, (mai mici de percentila 90)

TG le-au avut gravidele din sublotul 2 (DZ tip II) și sublotul 3 (DZG), comparativ cu gravidele din sublotul 1 (DZ tip I), respectiv $2,98 \pm 0,71$ mmol/L (limite 2,44 – 5,26 mmol/L) și $2,49 \pm 0,64$ mmol/L (limite 1,84 – 3,46 mmol/L) versus $2,44 \pm 0,64$ mmol/L (limite 2,04 – 4,22 mmol/L). Pe interior de subplot, cele mai reprezentative modificări în valorile TG s-au atestat la femeile cu DZ tip I care au născut prematur copii mari pentru vârsta gestațională, comparativ cu gravidele care au născut prematur, dar copii adecvați pentru vârsta gestațională, și anume $2,44 \pm 0,64$ mmol/L (limite 2,04 – 4,22 mmol/L) versus $1,92 \pm 0,76$ mmol/L (limite 1,46 – 2,36 mmol/L). Aceeași tendință în valorile TG s-a observat și în cazul DZG, doar că la femeile care au născut la termen (valori mai mari la femeile care au născut copii cu masă mare), $2,56 \pm 0,47$ mmol/L (limite 1,9 – 5,68 mmol/L), comparativ cu $2,16 \pm 0,42$ mmol/L (limite 1,87 – 3,88 mmol/L) la gravidele care au născut feți cu masa normală.

Datele obținute sunt în concordanță cu mai multe cercetări. Un studiu efectuat în Irlanda, în 2013, pe un eșantion de 189 de gravide cu DZG a constatat că creșterea greutății nou-născuților la naștere a corelat pozitiv cu hipertrigliceridemia. Autorii au sugerat că femeile trebuie examinate pentru dislipidemii înainte, în timpul și după sarcină [21].

Examinarea colesterolului total pe subploturi raportată la greutatea nou-născuților la naștere a evidențiat o creștere semnificativă la gravidele cu DZ pregestațio-

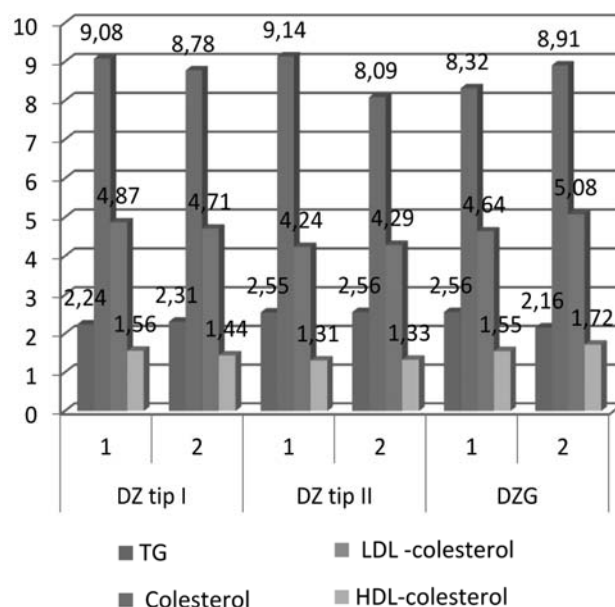


Fig. 4. Statutul lipidic prenatal la gravidele din lotul de bază care au născut la termen (mmol/L)
 Grupul 1 – gravide cu copii mari pentru vârsta gestațională (mai mari de percentila 90).
 Grupul 2 – gravide cu copii adecvați pentru vârsta gestațională (mai mici de percentila 90)

nal (subloturile 1 și 2), care au născut feți mari pentru vârsta gestațională dată. În cazul DZG (sublotul 3) nu a fost observată această legătură. La femeile cu DZ tip I, care au născut prematur și copii mari, media colesterolului a fost $9,41 \pm 1,32$ mmol/L (limite 7,47 – 11,97 mmol/L), comparativ cu gravidele care au născut prematur, dar copii cu masa mai mică de percentila 90 – $8,06 \pm 1,31$ mmol/L (limite 7,6 – 10,78 mmol/L); acelea care au născut la termen copii mai mari de percentila 90 au avut o medie a colesterolului de $9,08 \pm 1,32$ mmol/L (limite 8,25 – 10,13 mmol/L) versus gravidele cu copii adecvați pentru vârsta gestațională – $8,78 \pm 1,32$ mmol/L (limite 4,88 – 11,45 mmol/L). La femeile cu DZ tip II care au născut prematur copii mari au fost înregistrate valori medii ale colesterolului de $8,44 \pm 1,31$ mmol/L (limite 7,31 – 11,42 mmol/L); gravidele care au născut la termen feți mari au avut colesterolul total mai înalt, comparativ cu gestantele, care au născut copii normoponderali, și anume $9,14 \pm 1,32$ mmol/L (limite 8,14 – 11,69 mmol/L) versus $8,09 \pm 1,31$ mmol/L (limite 7 – 9,12 mmol/L).

Corelare specifică între tipul DZ și greutatea nou-născuților la naștere pentru LDL -colesterol și HDL-cholesterol nu am observat.

Concluzii.

1. Sarcina la femeile cu DZ este asociată cu modificări mai pronunțate în metabolismul lipidic, preponderent creșterea TG și LDL-cholesterolului și micșorarea HDL-cholesterolului.

2. Indicele de masă corporală preconcepțional ridicat, la fel și obezitatea, predispun suplimentar la dislipidemia la gravidele diabetice cu consecințe pe termen scurt și lung.

3. Diabetul zaharat constituie un important factor de risc pentru macrosomie. S-a constatat o creștere mai mare a TG la mamele cu DZ care au născut feți mari pentru vârsta gestațională, atât la cele care au născut prematur cât și la termen, și anume $2,65 \pm 0,64$ mmol/L ($1,84 - 5,26$ mmol/L) și $2,61 \pm 0,64$ mmol/L ($1,9 - 5,68$ mmol/L), comparativ cu femeile cu DZ care au născut feți cu masa mai mică de percentila 90: $2,50 \pm 0,68$ mmol/L ($1,75 - 3,2$ mmol/L) și $2,43 \pm 0,64$ mmol/L ($1,82 - 3,88$ mmol/L).

Bibliografie

1. Ahmed R., Dunford J., Mehran R., et al. Preeclampsia and future cardiovascular risk among women: a review. *J Am Coll Cardiol* 2014; 63:1815.

2. Catalano P., Kirwan J., Haugel-de Mouzon S., Kingzz J. Gestational diabetes and insulin resistance: role in short- and long-term implications for mother and fetus. *J. Nutr.* 2003; 133(5 suppl. 2): 1674S-1683S.

3. Cirillo PM, Cohn BA. Pregnancy complications and cardiovascular disease death: 50-year follow-up of the Child Health and Development Studies pregnancy cohort. *Circulation* 2015; 132:1234.

4. Freinkel N. Banting lecture 1980. Of pregnancy and progeny. *Diabetes* 1980;29: 1023-1035.

5. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 385:117.

6. Ghodke B., Pusukuru R., Mehta V. Association of Lipid Profile in Pregnancy with Preeclampsia, Gestational Diabetes Mellitus, and Preterm Delivery. *Cureus*. 2017; 9(7).

7. Gu S, An X., Fang L., Zhang X., Zhang C., Wang J., Liu Q., Zhang Y., Wei Y., Hu Z., Chen F., Shen H. Risk factors and long-term health consequences of macrosomia: a prospective study in Jiangsu Province, China. *J Biomed Res* 2012;26(4):235-240.

8. Henriksen T. The macrosomic fetus: a challenge in current obstetrics. *Acta Obstet Gyn Scand* 2008;87:134-145.

9. Herrera E., Ortega-Senovilla H. Disturbances in lipid metabolism in diabetic pregnancy - Are these the cause of the problem? *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2010 Aug;24(4):515-25.

10. Kessous R., Shoham-Vardi I., Pariente G., et al. An association between preterm delivery and long-term maternal cardiovascular morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209:368.

11. Mosca L., Benjamin EJ., Berra K., et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123:1243.

12. Nelson Robert H. Hyperlipidemia as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Prim Care.* 2013 Mar; 40(1): 195-211.

13. Olmos P., Rigotti A., Busso D., Berkowitz L., Santos J., et al. Maternal Hypertriglyceridemia: A Link Between Maternal Overweight-Obesity and Macrosomia in Gestational Diabetes. *Obesity Biology and Integrated Physiology.* 2014; 22 (10) : 2156-2163.

14. Pedersen J. Weight and length at birth of infants of diabetic mothers. *Acta Endocrinol* 1954;16:330-342.

15. Pusukuru R., Sheno A., Kyada P., Ghodke B., Mehta V., Bhuta K. et al. Evaluation of Lipid Profile in Second and Third Trimester of Pregnancy. *J. Clin. Diagn. Res.* 2016; 10(3): QC12-16.

16. Schaefer-Graf U., Graf K., Kulbacka I., Kjos S., Dudenhausen J., Vetter K. et al. Maternal lipids as strong determinants of fetal environment and growth in pregnancies with gestational diabetes mellitus. *Diabetes. Care.* 2008; 31(9): 1858-1863.

17. Semenkovich CF., Goldberg AC., Goldberg IJ. Disorders of Lipid Metabolism. *Williams Textbook of Endocrinology*, 12th ed. W.B. Saunders; 2011.

18. Son G., Kwon J., Kim Y., Park Y. Maternal serum triglycerides as predictive factors for large-for-gestational age newborns in women with gestational diabetes mellitus. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010 May;89(5):700-4.

19. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation.* 2002;106:3143-3421.

20. Toescu V., Nuttall S., Martin U., Nightingale P. et al. Changes in plasma lipids and markers of oxidative stress in normal pregnancy and pregnancies complicated by diabetes. *Clinical Science* (2004) 106, 93-98.

21. Whyte K., Kelly H., O'Dwyer V., Gibbs M., O'Higgins A., Turner MJ. Offspring birth weight and maternal fasting lipids in women screened for gestational diabetes mellitus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;170(1):67-70.

Valentin Friptu, Angela Marian-Pavlenco
TENDINȚA OPERAȚIEI CEZARIENE TIMP DE 10 ANI ÎN REPUBLICA MOLDOVA
Catedra de obstetrică și ginecologie nr.1, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

SUMMARY

TRENDS OF CESAREAN SECTION FOR 10 YEARS IN REPUBLIC OF MOLDOVA.

Key words: cesarean section, perinatal mortality

Cesarean section (CS) is a major area of controversy about its ascending character in our country and worldwide. The purpose of this study was to analyze the growing trends of caesarean section in order to argue this intervention. Material and methods: we collected representative, nationally data and data from two maternities of the IIIrd and the IInd institutional level, (Public Medical Health Institution, Mother and Child Institute and PMHI Municipal Clinical Hospital no.1) about CS incidence and perinatal mortality (PM) rate, during the period 2007-2016 years. Results: according to the received data, at the present 17.4% of all births are delivered by caesarean section, nationally, ranging from 30.5% in the Mother and Child Institute to 18.6% Municipal Clinical Hospital no.1. In the Republic of Moldova, over the years 2007-2016, it is found that the average rate of CS is increased with 5.32% (from 12.08% to 17.4%), in the Municipal Clinical Hospital no.1 with 4.7% (from 13.9% to 18.6%) and in the Mother and Child Institute with 9.48% (from 21.05% to 30.53%). The CS incidence associated with decreasing rates in the Mother and Child Institute is about 33.56%, for Municipal Clinical Hospital no.1, it is about 17.3% and 17.01% nationally. Uterus scar, after a previous CS is the indication with the highest frequency for a delivery by CS (35%), followed by fetal distress (10.4%) and pelvic presentation (7.6%). Conclusions: in the last 10 years, the nationally incidence of caesarean section increased from 12.08% to 17.4%, in the Mother and Child Institute from 21.05% to 30.53% and from 13.9% to 18.6% in Municipal Clinical Hospital no.1, the most frequent indication for a cesarean delivery is the repeated CS (35%). The incidence of cesarean section associated with decreasing frequency of perinatal mortality rate is different, depending on the level of the public institution.

РЕЗЮМЕ

ТЕНДЕНЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЗА 10 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА.

Ключевые слова: кесарево сечение, перинатальная смертность.

Кесарево сечение является основной областью споров в связи с его восходящим характером как в нашей стране, так и во всем мире. Целью данной работы было проанализировать тенденции роста кесарева сечения в порядке обоснованности этого вмешательства. Материалы и методы исследования: мы собрали репрезентативные данные на национальном уровне и в двух перинатальных центрах III и II уровня (ГМСУ Институт Матери и Ребенка и Центральная Городская Больница №. 1) по поводу частоты кесарева сечения и перинатальной смертности на протяжении 2007-2016. Результаты: Согласно данным по стране в настоящее время 17,4% всех родов разрешаются с помощью кесарева сечения, варьируя в пределах от 30,5% до 18,6% в Институте Матери и Ребенка и Центральной Городской Больнице соответственно. В РМ на протяжении 2007-2016, было установлено, что средняя частота кесарева сечения увеличилась на 5,32% (от 12,08% до 17,4%), в ГМСУ ЦГБ №1 на 4,7% (с 13,9% до 18,6%), в Институте Матери и Ребенка на 9,48% (с 21,05% до 30,53%). Частота кесарева сечения, ассоциированная с уменьшением частоты перинатальной смертности в Институте Мамы и Ребенка составляет 33,56%, в ГМСУ ЦГБ №1 – 17,3%, а по стране 17,01%. Рубец на матке остаётся основным показанием для кесарева сечения (35%), следуя за дистрессом плода (10,4%) и тазовым предлежанием (7,6%). Выводы: В последние 10 лет частота кесарева сечения на уровне страны выросла с 12,08% до 17,4%, в Институте Матери и Ребенка с 21,05% до 30,53% и в ЦГБ №1 с 13,9% до 18,6%, с таким самым частым показанием как повторное кесарево сечение (35%). Частота кесарева сечения, ассоциированная с перинатальной смертностью, различается в зависимости от уровня перинатального центра.

Introducere. Operația cezariană (OC) este una din cele mai frecvente intervenții chirurgicale și constituie o arie importantă a controverselor în legătură cu incidența acesteia în obstetrica modernă [1, 6, 10, 13].

Interesul actual față de această operație este inspirat de caracterul ascendent al ratei OC atât la noi în țară, cât și pe plan mondial, cu o creștere semnificativă în ultimii ani [12, 16,].

Analiza incidenței OC a arătat că din anul 1990 până în anul 2014, rata medie globală a crescut cu 12,4% (de la 6,7% la 19,1%), cu o rată medie anuală de creștere de 4,4%. În America Latină și Caraibe este cea mai mare incidență a OC (19,4%, de la 22,8% la 42,2%), urmată de Asia (15,1%, de la 4,4% la 19,5%), Europa (13,8%, de la 11,2% la 25%), America de Nord (10%, de la 22,3% la 32,3%) și Africa (4,5%, de la 2,9% la 7,4%) [1, 4, 8]. Această evoluție se observă și în Republica Moldova, unde ratele au sporit de la 7,1% în anul 2005 și 17,4% în 2016 [5].

Majoritatea discuțiilor din literatura de specialitate privind subiectul abordat, au drept scop reducerea procentului de nașteri prin OC [2, 7, 9]. În 2015 în baza a două studii, OMS a concluzionat că creșterea ratei de operație cezariană mai mare de 10% nu este asociată cu reducerea ratei mortalității materne și perinatale [3, 4]. Nașterea prin cezariană este eficientă în salvarea mamei și nou-născutului, doar atunci când există indicații medicale [7, 14].

Pornind de la aceste constatări, scopul lucrării este analiza tendințelor de creștere a operației cezariene, în vederea argumentării acestei intervenții.

Material și Metode. Subiectul abordat în acest articol se bazează pe analiza datelor privind rata ope-

rației cezariene și a mortalității perinatale (MP) pe perioada anilor 2007-2016, în cadrul maternității de nivelul III (IMSP Institutul Mamei și Copilului) și II (IMSP SCM nr.1) precum și în RM. Datele au fost colectate din formularul statistic al Centrului național de management în sănătate.

Incidența OC a fost exprimată ca procentul calculat prin raportul dintre numărul nașterilor prin operație cezariană și numărul total de nașteri, determinată în două maternități de nivelul III și II de asistență perinatală, precum și în republică.

Rata mortalității perinatale a fost calculată, ca numărul de născuți morți și decese de născuți vii, decedați în primele 6 zile după naștere, raportat la 1000 de născuți vii și născuți morți. Studiarea aspectelor perinatale ale OC, ca o metodă de protecție a fătului, este bazată pe analiza corelației dintre dinamica OC și mortalitatea perinatală.

Culegerea și manevrarea datelor a fost efectuată cu ajutorul programului Epi Info. Inițial a fost creat un chestionar, prin intermediul căruia au fost introduse datele eșantionului studiat. Pragul de semnificație (p) mai mic de 0.05 este considerat statistic semnificativ.

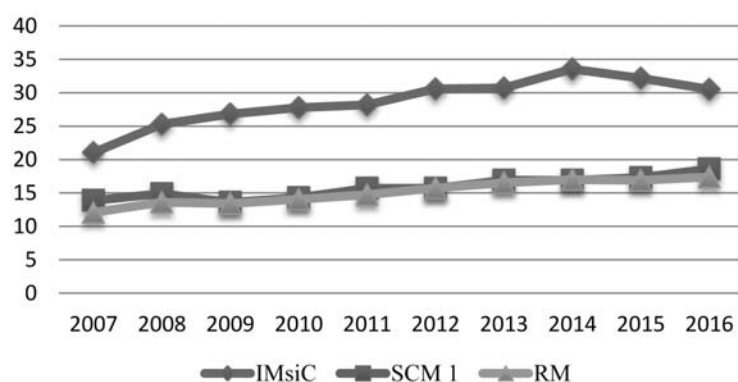


Fig. 1. Incidența OC în anii 2007-2016

Rezultate și discuții. Analizând tendințele operației cezariene pe parcursul anilor 2007-2016, se constată o creștere semnificativă a incidenței acestei intervenții obstetricale atât la nivel de țară, cât și în instituțiile de nivelul III și II. Astfel, în RM, pe parcursul ultimilor 10 ani, incidența OC a crescut cu 5,32% (de la 12,08% în anul 2007 la 17,4% în 2016). Tendința de creștere constantă, remarcată în instituția medicală a IMSP SCM nr.1, este de 13,9% în anul 2007, și 18,6% în anul 2016. În cadrul Institutul Mamei și Copilului, se observă o dublare a ratei OC, pe parcursul acestei perioade de studiu, crescând cu 9,48% (de la 21,05% în anul 2007 la 30,53% în anul 2016), figura 1.

Conform datelor din literatura de specialitate, studiarea aspectelor perinatale ale OC, ca o metodă de protecție a fătului, este bazată pe analiza corelației

dintre dinamica OC și mortalitatea perinatală. Cu toate că din an în an au loc mai multe nașteri prin cezariană, mortalitatea perinatală începând cu anul 2008, se află într-o creștere permanentă [11, 15].

În fig. 2, se prezintă incidența OC și rata mortalității perinatale în RM, începând cu anul 2007 până în 2016. Din anul 2007 până în 2008 se observă un maxim al mortalității perinatale (13,8‰) și un minim al OC (12,08%). În anul 2011 se remarcă intersecția acestor două curbe (OC 14,76%, MP 12,5‰), iar în anul 2013, se constată un minim al mortalității perinatale (10,7‰) și un maxim al OC (17,01%). Astfel, definind tendințele acestor două curbe, putem menționa o scădere lentă, constantă a MP din anul 2008 până în anul 2013, apoi o creștere ușoară. Totodată, se observă o tendință de creștere semnificativă a OC pe

tot parcursul anilor. Corelația acestor tendințe exprimă faptul că, creșterea incidenței OC pînă la 17,01%, se asociază cu micșorarea ratei MP. În același timp, rata mortalității perinatale, nu este influențată când incidența OC este mai mare de 17,01%.

În *fig. 3*, se prezintă incidența OC și rata mortalității perinatale în instituția medicală de nivelul III. Incidența OC în această instituție, are o creștere lentă, uniformă, semnificativă din anul 2007 (21,05%) pînă în anul 2014 (33,56%), cu o scădere ne semnificativă din anul 2014 pînă în anul 2016 (30,53%). Rata MP

crește semnificativ din anul 2007 (22,3%), pînă în anul 2009, cu un maxim de 31,6%. Începând cu anul 2009 pînă în 2014 se determină o scădere uniformă a MP (de la 31,6% pînă la 17,6%), urmată de o creștere ușoară pînă în 2016 (21,0%). Anul 2014 constantă un minim al mortalității perinatale (17,6%) și un maxim al OC (33,56%).

Analizând corelația acestor tendințe putem deduce că, în Institutul Mamei și Copilului operația cezariană efectuată în 33,56% se asociază cu micșorarea ratei MP.

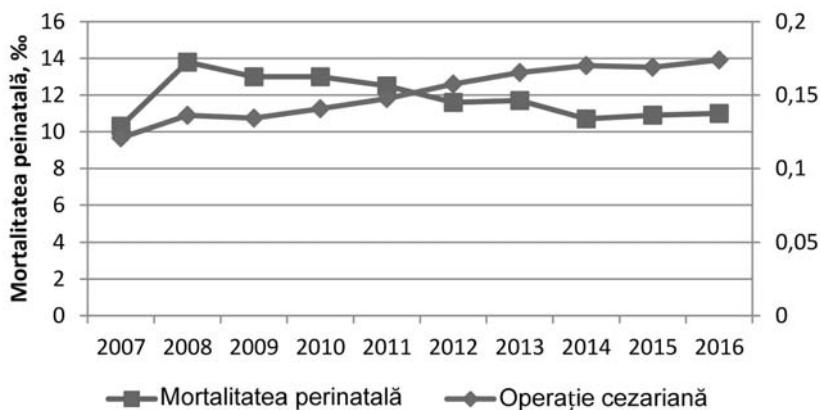


Fig. 2. Dinamica incidenței operației cezariene vs rata mortalității perinatale în RM

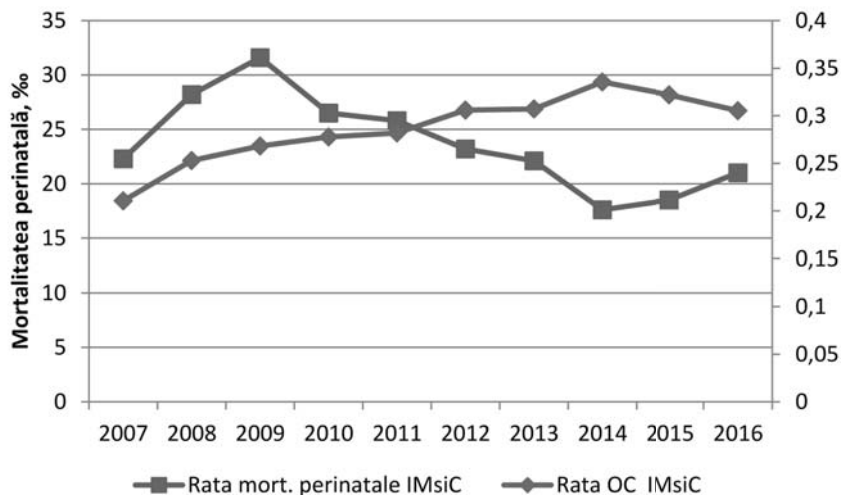


Fig3. Dinamica incidenței operației cezariene vs rata mortalității perinatale în IMȘiC

În *fig. 4*, se prezintă incidența OC și rata mortalității perinatale în SCM nr.1, pe parcursul a 10 ani. Această diagramă, relevă o dublare a incidenței OC, cu o tendință de creștere semnificativă (de la 13,9% pînă la 18,6%). Curba MP din anul 2007 (7,4‰) pînă în anul 2013 (9,3‰) este în creștere neuniformă, atinând un punct maxim în anul 2011 (13,1‰). În anul 2015, se constată un minim al mortalității perinatale (7,8‰) și un maxim al OC (17,3%), urmând o creștere concomitentă în următorul an.

Corelația acestor tendințe, relevă că creșterea incidenței OC pînă la 17,3% în SCM nr.1, se asociază cu micșorarea ratei MP. Totodată, în această maternitate creșterea incidenței OC mai mare de 17,3% nu duce la micșorarea ratei mortalității perinatale.

Reieșind din cele constatate putem conchide că, în Institutul Mamei și Copilului incidența operației cezariene asociată cu micșorarea ratei mortalității perinatale este de 33,56%, în IMSP SCM nr.1 de 17,3%, iar pe țară de 17,01%. Astfel, Institutul Ma-

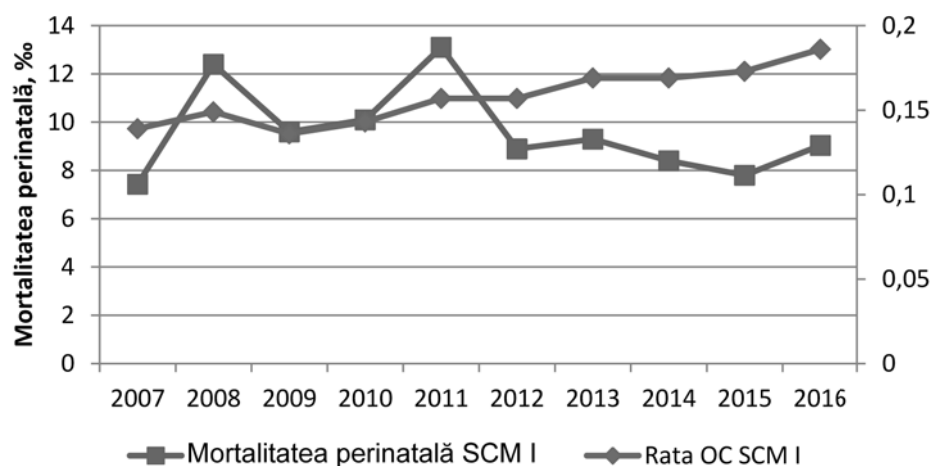


Fig. 4. Dinamica incidenței operației cezariene vs rata mortalității perinatale în SCM I

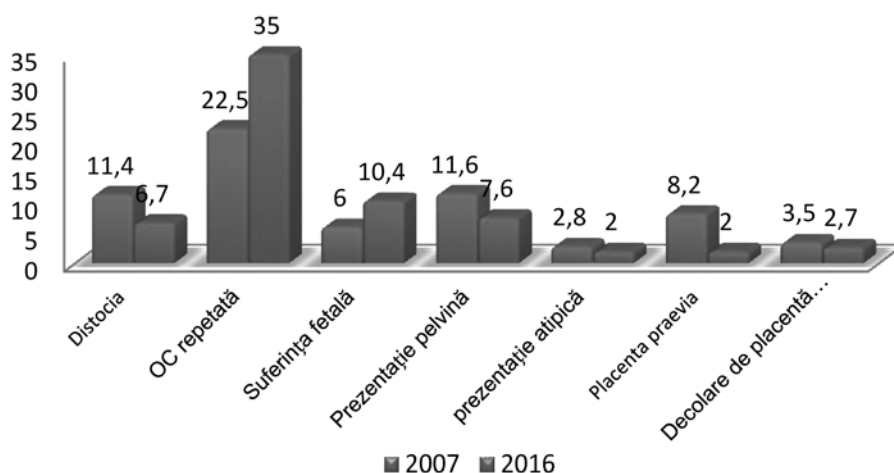


Fig. 5. Frecvența indicațiilor primare pentru OC în IMȘIC

mei și Copilului este maternitatea cu cea mai mare incidența de nașteri prin cezariană.

Totodată trebuie de menționat, că creșterea MP în anul 2008 poate fi explicată prin înregistrarea nou-născuților cu greutatea la nașterea de la 500 gr.

Pentru explicarea creșterii incidenței OC în cadrul acestei maternități, am evaluat ponderea celor mai frecvente indicații primare, pentru anul 2007 și anul 2016. Au fost studiate: OC repetată, distocia, suferința fetală, prezența pelviană, prezența atipică, placenta praevia și decolarea placentei normal înserate.

Din fig. 5, se poate vedea, că în anul 2007 cea mai frecventă indicație pentru nașterea prin cezariană, este OC repetată (22,5%), urmată de prezența pelviană (11,6%) și distocie (11,4%). Analizând aceste indicații la o distanță de 10 ani, observăm că OC repetată rămâne a fi indicația cu cea mai mare pondere (35%), urmată de suferința fetală (10,4%) și prezența pelviană (7,6%).

De menționat că pe parcursul a 10 ani, frecvența OC repetate are cea mai mare tendință de creștere (de la 22,5% la 35%). Analiza raportului dintre OC pri-

mară și repetată, la un interval de 10 ani evidențiază o creștere dublă a OC repetate (de la 22,5% la 40,72%), figura 6.

Astfel, creșterea procentului de operații cezariene primare a dus inevitabil la creșterea procentului de operații cezariene, în IMȘIC.

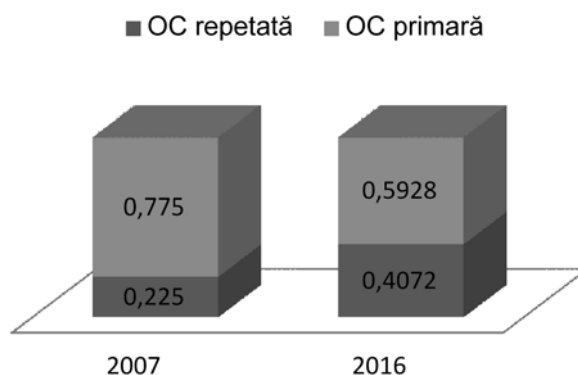


Fig. 6. Cota parte a OC repetate vs OC primară în IMSP IMȘIC, în anii 2007, 2016

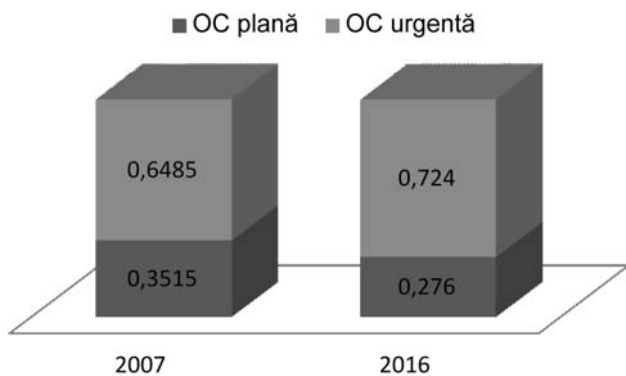


Fig. 7. Raportul OC urgente și OC planică în IMȘI C

În contextul studiului incidenței nașterii prin cezariană am analizat și tendințele ponderii OC urgente și celor planice, figura 7. Se observă că pe parcursul a 10 ani, raportul dintre OC urgentă și OC planică s-a modificat. Astfel, ponderea operației cezariene urgente a crescut cu 7,55%. Aceste date nu corelează cu cele prezentate de alte țări, cum ar fi Irlanda (47% - OC planică față de 53% OC urgentă) [1].

Este necesar de menționat că creșterea incidenței operației cezariene este motivată și de alți factori, cum ar fi: vârsta maternă, parietatea, starea obstetricală, starea de sănătate a mamei, în special hipertensiunea arterială indusă de sarcină, indicațiile obstetricale [2, 10]. Situația menționată anterior necesită un studiu mai amănunțit al dependenței incidenței operației cezariene de factorii ce o influențează.

Concluzii:

În baza celor constatate în acest articol se structurează următoarele concluzii:

În ultimii 10 ani, incidența operației cezariene pe țară a crescut de la 12,08% la 17,4%, în Institutul Mamei și Copilului de la 21,05% la 30,53% și în SCM nr.1 de la 13,9% la 18,6%, indicația cea mai frecventă pentru aceasta fiind OC repetată (35%).

Frecvența operației cezariene asociată cu micșorarea ratei mortalității perinatale este diferită în funcție de nivelul maternității: IMȘI C - 33,56%; SCM nr.1 - 17,3% și pe țară - 17,01%.

Creșterea incidenței cezarienei primare determină un trend asemănător al ratei cezarienelor ulterioare.

Bibliografie

1. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacqueroiz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006; 33(4):270–277. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00118.
2. American College of Obstetricians and Gynecologist, Society for Maternal-Fetal Medicine. *Obstetric Care Consensus. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery*. 2014.
3. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate

of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015; 12:57 doi: 10.1186/s12978-015-0043-6.

4. Betrán AP, Ye J., Moller A., Zhang J., Gülmezoglu A. and Torloni A.R. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*. 2016; 11(2): e0148343.

5. Centrul Național de Management în Sănătate al RM, Indicatori preliminari în preliminări în format prescurtat privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-sanitare pe anii 2007-2016.

6. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Meriardi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 206(4):331. doi: 10.1016/j.ajog.2012.02.026.

7. Huang X, Lei J, Tan H, Walker M, Zhou J, Wen SW. Cesarean delivery for first pregnancy and neonatal morbidity and mortality in second pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011; 158(2):204–8.

8. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneapanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *Lancet*. 2010; 375:490–499. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61870-5.

9. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205(3):262. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.035.

10. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013; 27:297–308. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004.

11. Simões R., Bernardo W., Salomão A., Baracat E., Cesarean delivery and small newborn for gestational age. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.62 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2016

12. Stanton CK, Dubourg D, De Brouwere V, Pujades M, Ronsmans C. Reliability of data on caesarean sections in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(6):449–455.

13. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011; 6(1):e14566 doi: 10.1371/journal.pone.0014566.

14. Volpe FM. Correlation of Cesarean rates to maternal and infant mortality rates: an ecologic study of official international data. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2011; 29(5):303–308. doi: 10.1590/S1020-49892011000500001.

15. Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*. 2014; 41(3):237–243. doi: 10.1111/birt.12104.

16. Zizza A, Tinelli A, Malvasi A, Barbone E, Stark M, De Donno A, et al. Cesarean section in the world: a new ecological approach. *J Prev Med Hyg*. 2011; 52(4):161–173.

Olga Cernetchi, Irina Sagaidac, Silvia Agop

ASPECTE CLINICO-EVOLUTIVE ALE SARCINII ȘI NAȘTERII LA GRAVIDELE CU MIOM UTERIN

Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică Ginecologie Nr.2

SUMMARY

CLINICAL ASPECTS OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA

Uterine myoma is the most common benign tumor of female genital organs. Pregnant women with uterine fibroids constitute a high-risk group, requiring thorough pregravid preparation. A retrospective analysis of the course of pregnancy, childbirth and the postnatal period was performed in 85 patients with uterine myoma. Pregnancy proceeded with the development of complications in 70% of cases. In 42 cases (49.5%) women delivered per vias naturalis, in 43 cases (50.5%) – by cesarean section, and in 11 cases during the surgery, myomectomy was performed.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ЭВОЛЮЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Миома матки - самая распространенная доброкачественная опухоль женских половых органов. Беременные с миомой тела матки составляют группу высокого риска, требующие тщательной прегравидарной подготовки. Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 85 пациенток с миомой матки. Беременность протекала с развитием осложнений в 70 % случаев. У 42(49,5%) женщин произошли вагинальные роды, 43(50,5%) - родоразрешены оперативным путём, при этом в 11 случаях во время операции касарева сечения была произведена миомэктомия.

Introducere. Miomul uterin reprezintă cea mai frecventă și comună tumoare benignă a femeilor de vârstă reproductivă. Frecvența asocierii sarcinii cu miomul uterin se estimează, după datele mai multor cercetători, în limitele 0,5-10,3% [2,4,7,8].

În ultimii ani, se înregistrează o frecvență sporită a asocierii sarcinii cu miomul uterin, dat fiind faptul că s-a mărit vârsta primiparelor la naștere, iar tot mai multe femei aplică la tehnologiile de fertilizare pentru realizarea potențialului reproductiv după ani de infertilitate.

Localizarea și dimensiunile nodulilor miomatoși, durata procesului, asocierea cu alte maladii genitale și extragenitale, vârsta femeii determină gradul de risc în sarcină și naștere pentru mamă și făt. Evoluția sarcinii la gestantele cu miom uterin este în mare măsură determinată de funcționalitatea sistemului fetoplacentar, vascularizarea adecvată în sistemul mamă – făt – placentă, caracterul hemostazei, dimensiunile și numărul nodulilor miomatoși și starea anatomică și funcțională a complexului placentar. Dezvoltarea fătului este condiționată de multiplele procese din organismul feminin, printre care cele mai importante sunt procesele de adaptare, relațiile morfologice și fiziopatologice dintre tumoarea benignă vizată și uter [1,5].

La gravidele cu miom uterin, în timpul sarcinii există schimbări în sistemul de hemostază, caracterizate prin hipercoagulare, hiperagregare plachetară, fibrinogeneză, ceea ce conduce la tulburări ale microcirculației în zona utero-placentară [8].

Tactica de conduită a nașterii este determinată de dimensiunile și localizarea nodulilor miomatoși. Frecvența intervențiilor chirurgicale în naștere este destul de înaltă și poate atinge 60 – 80% [3]. Cele menționate denotă un risc sporit de pierderi reproductive la gestantele cu miom uterin. Pe de altă parte, rezultatele unui studiu recent efectuat denotă că frecvența complicațiilor în sarcină și naștere la gestantele cu miom nu este mai mare decât în populația de femei cu evoluția fiziologică a sarcinii și nașterii[1].

Scopul studiului constă în evaluarea sarcinii, nașterii și aprecierea rezultatelor perinatale la gestantele cu miom uterin.

Material și metode. În prezentul studiu au fost incluse 85 gravide cu miom uterin (lotul de studiu), care au născut în secțiile obstetricale ale Institutului Mamei și Copilului și IMSP SCM nr.1 (mun. Chișinău) pe parcursul aa. 2016-2017. Lotul de control a fost constituit din 85 gestante cu evoluția fiziologică a sarcinii și nașterii. Examinarea pacientelor a inclus colectarea anamnezei: vârsta, debutul menarhe, datele despre ciclul menstrual, întreruperile de sarcină, patologia extragenitală etc. Cu referire la miomul uterin au fost examinate anumite particularități, cum ar fi localizarea nodulilor miomatoși structura lor, localizarea placentei, tonusul miometrului.

În cadrul studiului morfologic au fost examinate 22 de complexe placentare și nodulii miomatoși, înlățurați în timpul operațiilor cezariene.

Rezultate și discuții. Vârsta pacientelor incluse în cercetare a fost cuprinsă între 19 și 44 ani ($32,14 \pm 1,6$), fără diferențe semnificative în lotul de control – $29,54 \pm 3,6$ ani ($p > 0,05$). Termenele de naștere s-au repartizat după cum urmează: 29-34 săptămâni – 8 (9,5%) cazuri, 35 - 37 săptămâni – 12 (14,1%) cazuri, mai mare de 37 săptămâni – 65 (76,4%) cazuri.

Debutul menarhei, atât în lotul de bază cât și în cel de control a avut loc la vârsta de 13-17 ani. În lotul femeilor cu miom uterin a fost constatată o frecvență înaltă a avorturilor spontane și medicale în antecedente – de la 1 (12 % cazuri) la 4 (5% cazuri).

După cum menționează Mriganka M. et al. (2016), iminența de întrerupere a sarcinii, în special în trimestrul I, dar și avorturile spontane reprezintă o complicație frecventă înregistrată la gravidele cu miom uterin. Ea este condiționată de deformarea cavității uterului și endometriului, implantarea oului fetal în porțiunea inferioară a peretelui uterin sau în zona localizării nodulilor miomatosi, adică în zonele patologic modificate ale uterului [4].

Analiza anamnezei ginecologice a pacientelor incluse în studiu a pus în evidență prezența, în lotul de bază a 16 (18,2%) cazuri de colpită nespecifică, a 14 (18,2%) cazuri de patologie a colului uterin, 12 (13,6%) cazuri de procese inflamatoare ale anexelor. De menționat, că la 15 % din numărul gravidelor examinate din lotul de bază au fost diagnosticate infecțiile chlamidioza – 10,2% și ureaplasmoza – 5,8% cazuri. În lotul de control s-a constat prezența bolilor ginecologice în antecedente la doar 4 gravide (4,7%).

În lotul de femei gravide cu miom uterin s-a estimat o rată înaltă de sterilitate în căsnicie: cu sterilitate primară au fost diagnosticate 3 gravide (3,53%), iar 8 (9,41%) gestante cu miom au suferit de sterilitate secundară. În cadrul lotului de control nu s-a evidențiat nici un caz de sterilitate în antecedente.

În lotul de studiu au fost atestate 9 (10,59%) cazuri de hipertensiune indusă de sarcină și 5 (5,88%) cazuri de preeclampsie vs. 2 (2,35%), cazuri de hipertensiune indusă de sarcină depistate în lotul de control. Datele obținute sunt confirmate și de rezultatele raportate de Levy G et al. (2012), care susține că gestația definește modificările funcționale la nivelul vascularizării nodulului miomatos, care constituie baza pentru dezvoltarea sindromului hipertensiunii arteriale. Totodată, în condiții patogenetice similare, nu toate gravidele cu miom uterin dezvoltă stări hipertensive în sarcină, care sunt asociate și depind de potențialul vasodilatator și anti-constrictor al endotelului [2]. Restricția de creștere intrauterină a fătului a fost diagnosticată în 2 (2,35%) cazuri, ambele sarcini terminate prin operație cezariană.

La gravidele cu miom uterin a fost determinată o frecvență relativ mare a patologiilor extragenitale, cum ar fi: pielonefrita cronică – la 7 (8,23%) gravide, patologia glandei tiroide – la 2 femei, boala varicoasă – 4 (4,70%), maladii cardiovasculare – 5 (5,88%). În lotul de control au fost diagnosticate maladii extragenitale unice.

Din numărul total de paciente incluse în studiu, miomul uterin a fost diagnosticat până la sarcină în 50 (58,8%) cazuri, iar durata evoluției bolii a variat de la 2 până la 18 ani. 15 % gravide au beneficiat de tratament până la debutul sarcinii. Astfel, tratamentul conservator a fost aplicat la 4 (4,70%) femei, iar miomectomia conservatoare s-a efectuat în 11 (12,9 %) cazuri. Miomectomia s-a executat prin intermediul laparoscopiei în 9 cazuri, iar în 2 cazuri – prin laparotomie. Miomul uterin a fost diagnosticat în timpul sarcinii în 35 (41,2 %) cazuri.

În cadrul examenului ultrasonografic au fost cercetate mărimea, numărul, localizarea și structura nodulilor miomatoși în uterul gravid. Astfel, nodulii au fost vizualizați sub formă de formațiuni ovale, cu prezența unei pseudocapsule având forma unui contur hipoecogenic. Caracteristica ecografică a nodulului miomatos a fost determinată de ponderea în structura sa a țesutului muscular și conjunctiv. Diametrul nodulilor la gravidele examinate a variat între 0,9 mm și 81 mm ($31,4 \pm 12,2$ mm). La majoritatea femeilor însărcinate (73,6%) au fost diagnosticați noduli miomatoși unici, în 31 (36,4%) cazuri – noduli multipli.

Aprecierea modului de creștere a nodulilor miomatoși s-a bazat pe clasificarea general acceptată a fibroamelor uterine. Variantele de localizare a nodulilor la femeile gravide examinate au fost, după cum urmează: în 33 % dintre cazuri noduli subseroși, 18% – interstițial-subseroși, în 47% – interstițiali, iar în 2 % din cazuri au fost diagnosticați noduli miomatoși submucoși. Localizarea nodulilor în uter a fost mai frecvent înregistrată pe pereții anteriori (57%) și posteriori (26%), mai puțin în peretele lateral al uterului (7 % și 5 %, respectiv, din dreapta și din stânga), precum și în uter – 5 % dintre cazuri.

În 20 (23,5%) de cazuri a fost posibilă evaluarea dinamică a stării nodulilor miomatoși pe parcursul perioadei de gestație. Astfel, la 14 paciente nu au fost înregistrate modificări ale nodulilor miomatoși, în 4 cazuri s-a constat o creștere moderată a dimensiunii nodulilor (cu 2-3 cm în diametru). Numai la 2 primipare s-a înregistrat o creștere rapidă a nodulilor miomatoși: de la 3-4 cm în diametru la debutul sarcinii până la 6 cm, și respectiv, 8 cm la sarcina la termen.

La 42 paciente din numărul total de gestante incluse în cercetare nașterea s-a finalizat per vias naturalis. Analiza duratei travaliului a constat că diferențe statistice semnificative între loturile studiate de paciente nu s-au înregistrat. Astfel, durata perioadei I de naștere în lotul de studiu a constituit $467,12 \pm 12,66$ min comparativ cu lotul de control – $412,03 \pm 21,6$ min ($p > 0,05$). Același lucru este valabil și pentru perioadele II și III ale nașterii ($p > 0,05$).

Volumul sângelui pierdut la pacientele din lotul I a fost apreciat la $410,74 \pm 45,6$ ml, iar în lotul de control – la $264,22 \pm 44,16$ ml, respectiv. Astfel, hemoragia în travaliu în lotul cu miom uterin este semnificativ mai mare ($p < 0,05$) decât în lotul de control.

Analizând evoluția clinică a nașterii în loturile studiate, am estimat că prezența nodulilor miomatoși sporește semnificativ ($p < 0,05$) frecvența anomaliilor forțelor de contracție (perioada preliminară patologică, distociile dinamice uterine, dar și discoordonarea forțelor de contracție în travaliu). Astfel, acest indicator în lotul I de studiu era de circa 5 ori mai mare decât în lotul de control (16,4% vs. 3,52 %) ($p < 0,05$). În prezența miomului uterin statistic semnificativ ($p < 0,05$) se înregistrează o frecvență sporită a ruperii premature a membranelor amniotice. În lotul I ruperea prematură a pungii amniotice a fost atestată în 15,2% cazuri, iar în lotul de control – în 4,70 % cazuri.

Din numărul total de 85 gravide cu miom uterin, sarcina s-a finalizat prin operație cezariană în 43(50,5%) cazuri. Dintre acestea 60% cazuri au constituit operații cezariene electivă și 40% cazuri operații cezariene de urgență. La stabilirea indicațiilor pentru intervenția chirurgicală vizată a fost luată în considerare asocierea miomului uterin cu mai mulți factori patologici, cum ar fi vârsta, infertilitatea în anamneză, prezența patologiei obstetricale și extragenitale. Indicațiile pentru operația cezariană sunt prezentate în tabelul 1. În 9 cazuri, în timpul operației cezariene, a fost efectuată și miomectomia conservatoare a nodulilor miomatoși cu dimensiunea 5 – 7 cm subseroși-interstițiali, localizați în 4 cazuri în segmentul inferior al uterului, iar în 5 cazuri pe pereții uterini. Datele obținute în prezentul studiu sunt confirmate de cele relatate de Michels K. (2014), care atestă că la femeile cu miom uterin este sporit riscul de a termina sarcina prin operația cezariană, care este direct proporțional cu dimensiunea și localizarea nodulilor miomatoși [4].

La 2 paciente s-au înregistrat complicații obstetricale majore, ca decolarea prematură de placentă normal inserată și placenta previa. Astfel, într-un caz la o gravidă cu termenul de gestație 29 săptămâni cu placenta previa și hemoragie avansată sarcina s-a finalizat prin laparotomie cu histerectomie supravaginală, iar la o gravidă cu termenul de sarcină 31 săptămâni cu localizarea cervicală a nodulului miomatos și decolarea prematură de placentă s-a efectuat laparotomie cu histerectomie fără anexe.

Tabelul 1.

Indicații pentru operația cezariană

Indicații	Nr de cazuri	%
Miom uterin nodular	9	10,6
Uter cicatricial după operația cezariană	5	5,9
Uter cicatricial după miomectomie	11	12,9
Prezența pelviană	4	4,7
Prolabarea cordonului ombilical	1	1,2
Restricție de creștere intrauterină a fătului	2	2,3
Anamneză obstetricală complicată	8	9,4

La termene de sarcină cuprinse între 29-37 săptămâni, femeile cu miom uterin au născut 20 copii cu masa corpului de la 1450 g până la 2950 g. La termenul de sarcină mai mare de 37 săptămâni masa nou-născuților varia în limitele 2850-3750 grame. Din numărul total de copii născuți de la gestantele cu miom, 62 (72,9%) au fost în stare satisfăcătoare, iar la ceilalți 23 starea generală era determinată de afecțiuni hipoxice de divers grad, ei necesitând îngrijiri postnatale. Dimensiunile medii ale placentei au constituit 22,0-24,3 cm, iar grosimea ei – 1,5-3 cm.

Examenul morfologic a 22 de complexe placentare prelevate de la femeile cu miom uterin a pus în evidență procese marcante de distrofie, conglomerate de cheaguri sanguine și depuneri fibrinoide în spațiile intravilozitare. Concomitent, au fost determinate hiperplazii ale capilarelor în vilozitățile terminale.

Astfel, rezultatele prezentei cercetări denotă actualitatea problemei asocierii sarcinii și nașterii la femeile cu miom uterin. Antecedentele de maladii ginecologice suportate, infertilitatea, patologia extragenitală, precum și vârsta la care a survenit sarcina la paciențele cu miom pun în fața specialiștilor probleme de diagnostic oportun, monitorizare eficientă nu numai a evoluției sarcinii, dar și a stării nodulilor miomatoși, elaborarea unei strategii corecte de finalizare a nașterii.

Concluzii

1. Femeile cu miom uterin trebuie incluse în grupul de risc sporit pentru patologii obstetricale, care trebuie luate în considerare la planificarea sarcinii și necesită o examinare detaliată cu aplicarea tratamentului hormonal respectiv, iar în unele cazuri și a tratamentului chirurgical prin miomectomie conservatoare.

2. Modul de terminare a sarcinii la gestantele cu miom uterin este determinat de localizarea, dimensiunea nodulilor miomatoși, starea intrauterină a fătului, antecedentele obstetricale și ginecologice.

Bibliografie

1. Levast F, Legendre G, Bouet PE, Sentilhes L. Management of uterine myomas during pregnancy. Gynecol Obstet Fertil. 2016 Jun;44(6):350-4.

2. Levy G, Hill M, Beall S, Zarek S, Segars J, Catharino W. Leiomyoma: genetics, assisted reproduction, pregnancy and therapeutic advances. J Assist Reprod Genet 2012; 29:703-12.

3. Michels K, Velez Edwards D, Baird D, Savitz D. Uterine fibroids and cesarean birth risk: a prospective cohort with standardized imaging. Ann Epidemiol, 2014, 24:122–126.

4. Mriganka Mouli Saha, Debasmita Mondal. Pregnancy with leiomyoma uteri and fetomaternal outcomes. Al Ameen J Med Sci. 2016; 9(2):96-100.

5. Parazzini Fabio, Tozzi Luca, Bianchi Stefano. Pregnancy outcome and uterine fibroids. Gynaecology. Volume 34, July 2016, Pages 74-84.

6. Vitale S. G., Tropea A., Rossetti D. et al. Management of uterine leiomyomas in pregnancy: review of literature. *Updates in Surgery*, vol. 65, no. 3, pp. 179–182, 2013.

7. Краснополяский В. И., Буянова С. Н., Логутова Л. С., Щукина Н. А. Миома матки вне и во время

беременности. – М.: Клиника. ФУВ им. М. Ф. Владимирского, 2014. – 19 с.

8. Михалевич С. И., Капуста А. В. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки. // *Медицинские новости*. – 2011. – № 2. – С. 18–25.

© Natalia Corolcova, Iurie Dondiuc

Natalia Corolcova¹, Iurie Dondiuc²
**DISFUNȚIILE MENSTRUALE ȘI TULBURĂRILE PSIHOEMOȚIONALE
LA PACIENTELE ÎN PERIOADA REPRODUCTIVĂ**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

¹ *Catedra de obstetrică și ginecologie nr.1*

² *Catedra de obstetrică și ginecologie nr.2*

SUMMARY

MENSTRUAL DYSFUNCTIONS AND PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN REPRODUCTIVE PERIOD

Keywords: menstrual dysfunctions, anxiety, depression, reproductive period.

Introduction. *Anxiety disorders are the most common psychological dysfunctions, manifested in the reproductive age with a frequency of 30-40%. Current studies indicate that there is a relationship between sex hormones and the systems of emotional brain.*

Material and methods. *The study involves 130 patients with normal menstrual cycle and menstrual disorders. The collection of materials was conducted using questionnaires. Processing of the data were performed using the application package software SPSS 20 and Microsoft Excel 2010.*

Results. *The analysis of the age structure revealed that in the most cases cycle dysfunction occurred at the age of 18-41 years old, on average 26,7±0,6. Studying the relationship between menstrual disorders and psychoemotional state, it was found that there is a significant correlation between menstrual dysfunction and anxiety ($p<0.05$), but absence of any correlation with depressive disorders ($p>0.05$).*

Conclusion. *Menstrual disorders constitute an important unmet area of reproductive health services for women and more attention should be given to study the relationship with psychoemotional dysfunctions.*

РЕЗЮМЕ

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Ключевые слова: менструальная дисфункция, тревожность, депрессия, репродуктивный период.

Введение. *Тревожные расстройства относятся к наиболее распространённым психическим нарушениям, проявляющиеся в репродуктивном возрасте с частотой 30–40%. Современные исследования указывают на имеющуюся связь между женскими половыми гормонами и системами эмоциональной регуляции головного мозга.*

Материал и методы: *В исследование включены 130 пациенток с и без нарушения менструального цикла. Сбор материала осуществлялся методом анкетирования. Обработка полученных данных производилась с использованием пакета прикладных компьютерных программ SPSS 20 и Microsoft Excel 2010.*

Результаты: *При анализе возрастной структуры установлено, что пациентки были в возрасте 18-41 года, что в среднем составило 26,7±0,6 лет. Изучая взаимосвязь нарушения менструального цикла с психоэмоциональными расстройствами было установлено, что существует значительная корреляция между менструальными дисфункциями и уровнем тревоги ($p<0,05$), но отсутствие какой-либо связи с депрессией ($p>0,05$).*

Выводы. Таким образом, в возникновении нарушений менструального цикла у обследованных пациенток репродуктивного возраста принимает участие несколько факторов, ведущим из которых являются изменения регуляции овариально-менструального цикла на уровне гипоталамо-гипофизарной системы в сочетании с особенностями психоэмоционального статуса.

Cuvinte-cheie: disfuncție menstruală, anxietate, depresiune, perioadă reproductivă.

Actualitatea temei. Disfuncțiile menstruale sunt unele dintre cele mai răspândite patologii ginecologice la femeile de vârstă reproductivă, care se înregistrează la 14-25% pacienți [5,7] cu asocierea unei game variate de simptome fizice și/sau psihologice (mai mult de 60% dintre cei care au solicitat ajutor medical) [1]. Dereglările ciclului menstrual sunt clasificate în funcție de frecvență, regularitate, durată, volumul pierderii de sânge. Ele pot fi frecvente sau rare, scurte sau lungi, abundente sau scunde, dureroase, intermenstruale sau absente, care au un impact semnificativ asupra calității vieții fizice, emoționale și socioeconomice [2,3]. În majoritatea țărilor lumii femeile sunt îngrijorate de dereglările ciclului menstrual, însă puțină atenție se acordă studiului unei corelații între aceste disfuncții și starea psihoemoțională a pacientelor.

Comportamentul emoțional și funcția reproductivă se reglează de hipotalamus, care are o structură complexă, conexiuni neuronale cu alte regiuni ale creierului și secretă gonadotropină. GnRH – are efect inhibitor asupra excesului de neuromediatori, ca dopamina, endorfinele, în lipsa serotoninei și norepinefrinei, care sunt determinate în tulburările anxio-depresive. Acestea sunt cele mai frecvente tulburări psihoemoționale, apărute preponderent în perioada reproductivă, având rata de 30-40% [6].

Studiile recente demonstrează existența legăturii dintre hormonii steroizi feminini (estrogen, progesteron) și sistemele de reglare emoțională ale sistemului nervos central (SNC). Modificările ciclice ale concentrației estrogenilor pe tot parcursul vieții reproductive a unei femei au un impact direct asupra funcționării sistemelor de monoamină, datorită reprezentării vaste a receptorilor acestuia în hipofiză, hipocamp, hipotalamus, considerate ca și principalele centre de reglare emoțională și vegetativă [4]. Progesteronul inhibă activitatea neuronilor GABA, care reprezintă principalul mediator cu acțiune inhibitorie asupra SNC. Astfel, o scăderea concentrației acestuia în organism contribuie la apariția anxietății, care reduce semnificativ calitatea vieții. [8].

Prin urmare, putem concluziona că factorii psihologici sunt declanșatori puternici care afectează funcția reproductivă. Totuși, în literatura de specialitate nu există informații suficiente despre tulburările psihoemoționale ale femeilor cu disfuncție menstruală. Pe acest motiv, am considerat utilă studiul acestui domeniu, care are o perspectivă mare pentru practica ginecologică.

Scopul studiului. Analiza dereglărilor ciclului menstrual și a tulburărilor psihoemoționale la pacientele de vârstă reproductivă.

Material și metode. Studiul a inclus 130 de respondente, care au fost divizate în 2 loturi în funcție de ciclul menstrual: L_1 (de cercetare) a inclus 65 de paciente cu disfuncție menstruală și L_0 (de control) – 65 de paciente cu ciclul menstrual regulat. Pentru aprecierea stării psihoemoționale a respondentelor au fost folosite scalele de anxietate și de depresie Zung. Ca metode de cercetare s-au utilizat: metoda de anchetare și metodă matematico-statistică. Datele colectate au fost prelucrate cu ajutorul programelor „Microsoft Office Excel” și „SPSS 20”. Rezultatele obținute sunt exprimate sub formă de valori medii, rate, frecvențe și sunt prezentate prin tabele și diagrame. Valoarea $p < 0,05$ este considerată statistic semnificativă.

Rezultate și discuții. Vârsta respondentelor era cuprinsă în ambele loturi între 18-41 ani, cu media $26,7 \pm 0,6$ ani. După starea civilă, mediul de trai și studii nu a existat o diferență statistic semnificativă între paciente ($p > 0,05$). Au fost analizate datele anamnezei obstetricale-ginecologice și extragenitale. Toți coeficienții de asociere calculați arată, din nou, lipsa corelației între toate aceste variabile. Absența legăturii este confirmată și de coeficienții de asociere derivați din χ^2 .

Un interes deosebit prezintă studierea tulburărilor psihoemoționale, care apar ca urmare a dereglărilor funcției menstruale la femeile de vârstă reproductivă. Dintre acestea au fost studiate anxietatea și depresiunea. Anxietatea este un fenomen care a fost descris de mii de ani și este adânc înrădăcinat în natura umană. În fapt, anxietatea reflectă capacitatea noastră de a ne adapta și a planifica viitorul. Secolul XX a fost denumit secolul anxietății din cauza ambiguităților și relativizărilor cu care omul s-a confruntat în viața cotidiană. Conform datelor epidemiologice, tulburările anxioase luate împreună au o prevalență mai mare (în jur de 25%) decât tulburările depresive (17%), lucru care contravine părerii generale precum că depresia este liderul necontestat al tulburărilor psihice de care populația are de suferit [6].

Conform datelor analizei, în studiul nostru, în ambele loturi prevalează anxietatea reactivă și de personalitate moderată (fig.1).

În ceea ce privește tulburările depresive, ele nu au fost diagnosticate la majoritatea respondentelor incluse în studiu (L_0 – 90,8% (59) vs L_1 – 84,6% (55) (fig.2).

La pacientele cu dereglări ale ciclului menstrual în anamneză au fost depistate mai frecvent tulburări psihoemoționale, ca anxietate reactivă și de personalitate ($\chi^2 = 11,899 \cdot df = 2 \cdot \text{Cramer's } V = 0,303 \cdot cc = 0,290 \cdot p = 0,003$). Nu a fost stabilită nici o relație între disfuncția menstruală și tulburările depresive ($\chi^2 = 1,166 \cdot df = 2 \cdot \text{Cramer's } V = 0,095 \cdot cc = 0,094 \cdot p = 0,558$) (Tab.1).

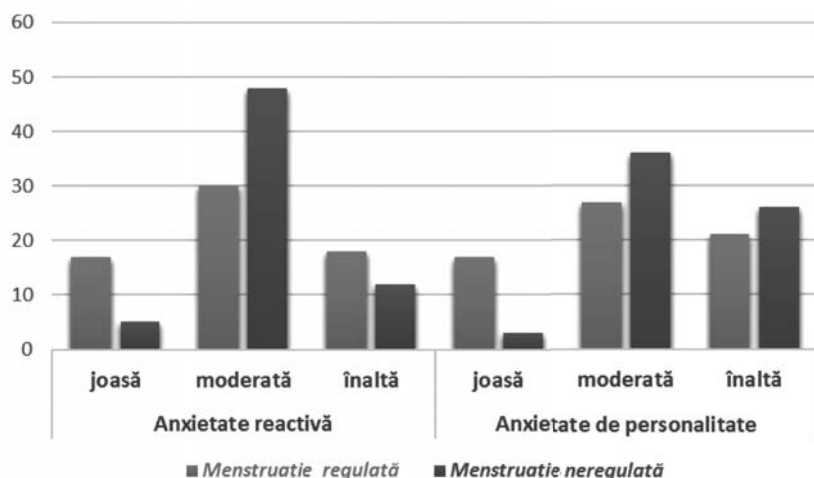


Fig. 1 Repartizarea loturilor în funcție de anxietate.

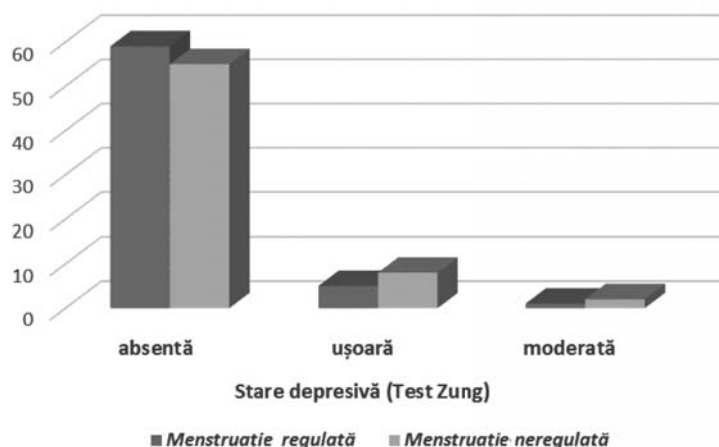


Fig. 2 Repartizarea loturilor în funcție de starea depresivă.

Tabelul 1

Distribuția cazurilor pe loturi după tulburările psihoemoționale

Indicatori	L ₀ (N=65) n (%)	L ₁ (N=65) n (%)	p value
Anxietate reactivă			
Joasă (<30 puncte)	17 (26,2%)	5 (7,7%)	p=0,003
Moderată (31-44 puncte)	30 (46,2%)	48 (73,8%)	
Înaltă (> 45 puncte)	18 (27,7%)	12 (18,5%)	
Anxietate de personalitate			
Joasă (<30 puncte)	17 (26,2%)	3 (4,6%)	p=0,003
Moderată (31-44 puncte)	27 (41,5%)	36 (55,4%)	
Înaltă (> 45 puncte)	21 (32,3)	26 (40%)	
Tulburări depresive			
Lipsește	59 (90,8%)	55 (84,6%)	p=0,558
Ușoare	5 (7,7%)	8 (12,3%)	
Moderate	1 (1,5%)	2 (3,1%)	

Astfel, în apariția dereglărilor ciclului menstrual la pacientele de vârstă reproductivă sunt implicați mai mulți factori, cei mai importanți fiind tulburările în reglarea ciclului ovarian-menstrual la nivelul sistemului hipotalamo-hipofizar în combinație cu schimbările stării psiho-emoționale.

Concluzii. Prin urmare, tulburările psihoemoționale anxios-depresive afectează funcția reproductivă.

Din datele obținute și relatate anterior putem afirma că există o conexiune statistic semnificativă între disfuncțiile menstruale cu anxietatea reactivă și de personalitate (p=0,003).

Bibliografie

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2012). *FAQ: Abnormal uterine bleeding*.

Retrieved on May 24, 2016, from <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Abnormal-Uterine-Bleeding>

2. Bahamondes L, Moazzam A. Recent advances in managing and understanding menstrual disorders. In the: F1000Prime Reports 2015, 7:33 (doi:10.12703/P7-33).

3. Rafique N, Al-Sheikh MH. Prevalence of menstrual problems and their association with psychological stress in young female students studying health sciences. In the: Saudi Med J 2018; Vol.39(1):67-73 doi:10.15537/smj.2018.1.21438.

4. Vasileva A.V. Anxiety in the practice of a gynecologist. A psychiatrist's view // RMJ. 2018. № 5(1). P. 51–55.

5. Whitaker, L., & Critchley, H. O. D. (2016). Abnormal uterine bleeding. Best Practice & Research

Clinical Obstetrics & Gynaecology, 34, 54–65. Retrieved June 23, 2016, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693415002266>.

6. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г. // Психиатрия: национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2018. с. 1008.

7. Волель Б.А., Рагимова А.А., Бурчаков Д.И., Бурчакова М.Н., Кузнецова И.В. Стресс-зависимые нарушения менструального цикла. // Consilium Medicum. 2016; 06: 8-13.

8. Незнанова Н.Г., Мазо Г.Э., Кибитова А.О. // Депрессия и риск развития соматических заболеваний / Москва, спец. изд-во мед. кн. 2018. с.248.

© Zinaida Sârbu, C. Ostrofeț, Silvia Agop, Irina Sagaidac, Ludmila Stavinskaia

Zinaida Sârbu¹, C. Ostrofeț², Silvia Agop², Irina Sagaidac², Ludmila Stavinskaia²
DISFUNȚIILE MENSTRUALE LA PACIENTELE TINERE CU SINDROM METABOLIC.
USMF "Nicolae Testemițanu", Catedra Obstetrică și ginecologie nr.2

SUMMARY

MENSTRUAL DISORDERS IN YOUNG PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROM

Key words: metabolic syndrome, menstrual disorders, obesity, dyslipidemia, Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH), Luteinizing Hormone (LH), Folliclestimulating Hormone (FSH), Estradiol (E₂), Estrone(E₁).

As a result of the study, data was obtained proving the links between pathogenesis of menstrual disorders and metabolic syndrome in young patients. It was found that the initially reduced level of E₂ and increased E₁ in blood plasma in this category of patients causes the increased secretion of GnRH, which, in its turn, increases the sensitivity of receptors to gonadotropic pituitary cells.

As a result of the increased production of LH by adenohypophysis increases disrupting the ratio of LH / FSH more than 1, followed by hypersecretion of androgens by the ovarian cells with their subsequent hypertrophy. The relative decrease of FSH level leads to a decrease of aromatases secretion, converting androgens to estrogens and a secondary decrease in the level of E₂ and anovulation. There is a pathological vicious circle. Clinically, it is manifested by hypomenstrual syndrome, infertility and aggravation of MS severity.

Резюме

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ключевые слова: метаболический синдром, нарушения менструального цикла, ожирение, дислипидемия, Гонадотропин Релизинг Гормон (ГРГ), Лютеинизирующий Гормон (ЛГ), Фоликулостимулирующий Гормон (ФСГ), Эстрадиол (E₂), Эстрон (E₁).

В результате исследования были получены данные о звеньях патогенеза нарушений менструальной и репродуктивной функций у пациенток с метаболическим синдромом. Было обнаружено, что изначально сниженный уровень E₂ плазмы крови на фоне повышенного E₁ у данной категории пациенток обуславливает увеличение выброса ГРГ, который, в свою очередь, повышает чувствительность гонадотропных клеток гипофиза к этому гормону.

В результате этого увеличивается продукция ЛГ аденогипофизом, нарушая соотношение ЛГ/ФСГ более 1, что приводит к гиперсекреции андрогенов тека-клетками яичников с их последующей гипертрофией. Относительное снижение уровня ФСГ приводит к снижению секреции ароматаз, превращающих андрогены в эстрогены и вторичному снижению уровня E_2 и ановуляции. Возникает патологический порочный круг. Клинически это проявляется гипоменструальным синдромом, бесплодием и усугублением тяжести МС.

Actualitate. În literatura de specialitate sindromul metabolic (SM) se întâlnește sub următoarele sinonime: sindrom Reaven, sindrom X metabolic, sindromul rezistenței la insulină, sindrom dismetabolic.

Conform datelor OMS (2009), SM are un impact socio-economic negativ, deoarece ocupă primele locuri în structura riscurilor medicale pe care le implică, în special riscul cardiovascular și cel metabolic, majorând astfel incidența infarctului miocardic sau accidentului vascular cerebral de 2-3 ori comparativ cu persoanele sănătoase.

Din datele oferite de National Health and Nutrition Examination Survey (NHNES), rezultă că în SUA un număr de 47 milioane de locuitori au confirmat SM, cu diferențe ale prevalenței: în populația generală incidența este de 23,7%, cu variații de la 6,7% în grupa de vârstă 20-29 ani, și pînă la 43,5% pentru vârstele 60-69 ani [1].

Conform datelor furnizate de G.Curocichin, V. Revenco (2009) în Republica Moldova, SM are o incidență de 36%, la bărbați - 38,33% , ial la femei - 34,44% (p=0,51), și crește semnificativ la ambele sexe către vârsta de 50-60 ani [5].

Importanța majoră a SM derivă din faptul că este definit drept o condiție prediabetică, insulinorezistența fiind elementul patogenetic comun. S-a stabilit că 60% din cei care au dezvoltat diabet zaharat tip 2 au avut, în ultimii 5 ani, disglucemie reprezentată de scăderea toleranței la glucoză și/sau glicemie bazală modificată [1,2,6,8].

La fel, SM contribuie la dereglarea funcțiilor menstruale și reproductivă ale femeilor tinere, iar în cazul în care s-a obținut o sarcină, ulterior, poate fi compromisă prin diabet gestațional, preeclampsie suprapusă, cu toate consecințele ei.

Scopul studiului: Evaluarea tipului de disfuncție menstruală la femeile tinere cu sindrom metabolic și a impactului ei asupra SM.

Material și metode.

- Clinice: talia (cm.), greutatea (kg), IMC (kg/m^2), CA (cm), CȘ (cm), CA/CȘ (cm), TA (mm/hg). $\text{IMC} = \text{m (kg)} / \text{h (m)}^2$, $\text{IMC} < 18.5$ – subnutriție, IMC între 18,5-24,9 normopondere. IMC între 25-30 – supra-pondere, $\text{IMC} > 30$ – obezitate

- Paraclinice: Laborator: aprecierea metabolismului lipidic: colesterol total, HDL-C, LDL-C, TG; metabolismului glucidic: Glicemia a jeun, TTGO. Profilul hormonal: FSH, LH, TSH, Prl, Estrona, Estradiol, T total, T liber, DHEAS, Leptina. Testul Babeș – Papanicolau.

- Instrumentale – ultrasonografia OGI.

- Statistice: anchetarea și selecționarea datelor medicale anamnestice și celor privind funcțiile menstruale, reproductivă, secretorii și sexuale.

- Matematice: calcularea riscului relativ (RR), intervalului de încredere (ÎÎ), riscului atribuabil (RA%).

Studiul s-a inițiat în 2013 și s-a finalizat în 2017, incluzând 135 paciente cu SM și dereglări ale funcției menstruale.

Criteriile de includere în studiu: paciente care prezintă dereglări ale funcției menstruale și SM cu vârsta cuprinsă între $\geq 19 < 30$ ani: supraponderale sau obeze plus oricare alți doi factori de risc din următorii patru: $\text{TG} \geq 1.7 \text{ mmol/l}$ (150 mg/dl); $\text{HDL-C} < 50 \text{ mg/dl}$ la femei; $\text{TA} \geq 140/85 \text{ mmHg}$; Glicemia a jeun (FPG) $\geq 5.6 \text{ mmol/l}$ (100 mg/dl) sau diagnostic de DZ tip 2.

Rezultate și discuții.

Pacientele incluse în studiul de față aveau vârsta cuprinsă între $\geq 19 < 30$ ani: din cele 135 paciente investigate 45 (33,3 \pm 1,2%) aveau vârsta de 20-23 ani, 52 (38,5 \pm 1,2%) – 24-26 ani și 38 (28,2 \pm 1,2%) – 27-30 ani.

Adaos ponderal patologic sau obezitate (tab.1) s-a constatat la toate pacientele, totodată IMC între 25-30 s-a apreciat numai la 11 (8,2 \pm 1,2%) paciente și >30 la 124 (91,8 \pm 1,2%) paciente.

Raportul CA/CȘ la toate pacientele incluse în studiu a fost în limitele 1,5 -2,5 și mai mult, valori ce confirmă obezitatea abdominală.

Analiza datelor despre anamneza somatică, nu a evidențiat patologii extragenitale cronice, ceea ce se explică probabil prin de vârstă tânără a acestui contingent de paciente.

Estimarea datelor despre intervențiile chirurgicale astabilit la 12 (11,3 \pm 1,2%) paciente apendectomie la vârsta de 12-15 ani.

Studierea antecedentelor alergologice nu a constatat dereglări.

Analiza datelor despre funcția menstruală a arătat că vârsta medie a menarhei a constituit 12,5 \pm 1,2 ani la toate pacientele incluse în studiu. Menstruații regulate odată la 30 \pm 2 zile, primii 5 \pm 1,4 ani de la menarhă, s-au constatat la toate pacientele. Menstruații cu durata medie de 5 \pm 2 zile în volum de 50 \pm 20 ml s-au apreciat de asemenea la toate pacientele incluse în studiu.

Analiza datelor ce țin de funcția reproductivă a evidențiat lipsa sarcinii la toate pacientele incluse în studiul dat, totodată 100 (74,1 \pm 1,2%) paciente aveau dereglări ale funcției menstruale și planificau o sarcină timp de 1 an, care nu a survenit. Acesta a și fost unul din motivele adresării și acceptării să participe în studiu al pacientelor estimate. Celelalte 35 (25,9 \pm 1,2%) paciente nu planificau în ultimul an o sarcină, și s-au adresat din cauza dereglării funcției menstruale.

Indicii antropometrici la prima vizită

Criteriile/m	Lotul I, abs.(%)	Lotul II abs.(%)	Lotul III abs.(%)
Vârsta			
20-23	15 (33,3±1,2)	13 (28,9±0,9)	15 (33,3±1,2)
24-26	17 (37,8±0,9)	17 (37,8±0,9)	18 (40,0±0,8)
27-30	13 (28,9±1,3)	15 (33,3±1,1)	12 (26,7±1,1)
Masa corporală, kg			
90-100	3 (6,7±4,1)	3(6,7±4,1)	5(11,1±3,9)
101-110	34 (75,5 ±3,4)	33(73,3±3,6)	31(68,9±1,8)
Mai mult 111	8 (17,8±3,8)	9(20,0±5,8)	9(20,0±2,8)
Talia, cm			
160-170	34(75,5±4,2)	33(73,3±5,1)	31(68,9±1,8)
171-180	8(17,8±3,8)	9(20,0±5,2)	12(26,7±3,1)
Mai mult de 181	3(6,7±4,1)	3(6,7±4,1)	2(4,4±1,2)
Indice masă/corp			
25-30	3(6,7±4,1)	3(6,7±4,1)	5 (11,1±3,9)
> 30	42(93,3±1,5)	42(93,3±1,5)	40 (88,9±5,8)
Circumferința abdomenului, CA (cm)			
90-100	4(8,9±3,6)	6(13,3±4,1)	3(6,7±4,1)
101-110	21(46,7±4,1)	19(42,2±3,8)	22(48,9±4,1)
Mai mult 111	20(44,4±5,8)	20(44,4±5,8)	20(44,4±5,8)
Circumferința șoldurilor, CȘ (cm)			
100-110	14(31,1±7,1)	20(44,4±5,8)	25(55,6±8,1)
111-121	25(55,6±8,1)	20(44,4±5,8)	12(26,7±1,1)
Mai mult 121	6(13,3±4,1)	5(11,2±3,9)	8(17,8±3,8)
Raport CA/CȘ (cm)			
1,5	14(31,1±7,1)	18(1,9±0,3)	25(1,9±0,3)
2,0	21(46,7±4,1)	12(26,7±1,1)	15(33,3±1,2)
Mai mult 2,5	10(22,2±0,2)	5(11,1±3,9)	5(11,1±3,9)

Analiza rezultatelor obținute evidențiază prezența următoarelor dereglări ale ciclului menstrual: numai opsomenoree prezentă în 38 (28,14±1,6%) cazuri, opsomenoree cu oligomenoree – în 19 (14,07±2,1%), opsomenoree cu hipermenoree - 18 (13,33±2,3%) ca-

zuri. Numai spaniomenoree s-a constatat în 27 (20,0 ± 1,8%) cazuri, spaniomenoree cu oligomenoree – în 18 (11,85±3,1%), spaniomenoree cu hipermenoree - în 18 (11,85±3,1%) cazuri.

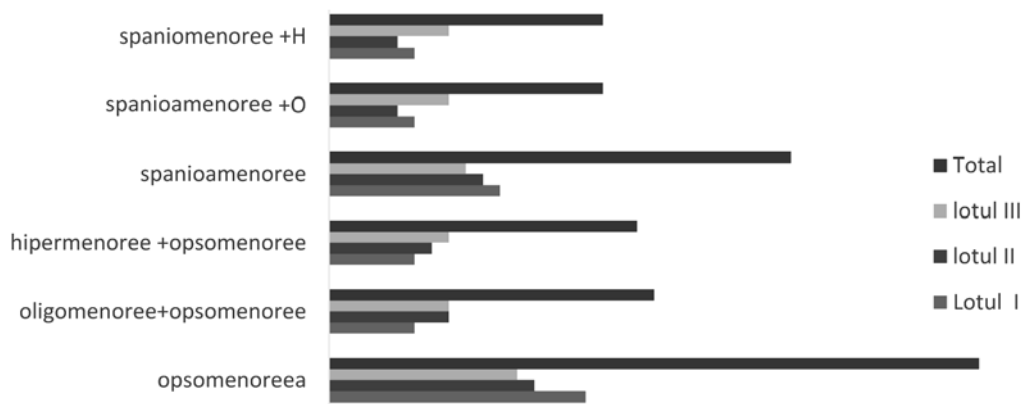


Fig.1 Dereglările de ciclu mebrstual la pacientele cu sindrom metabolic.

Datele obținute ne permit să concluzionăm că pacientele cu sindrom metabolic au dereglări de ciclu menstrual de tip hipomenoreic (fig.1).

La pacientele cu dereglarea funcției menstruale și SM au fost analizați indicii biochimici și s-au consta-

tat următoarele dereglări: metabolismul lipidic- hipercolesterolemie și hipo HDL-C, prezente la 42 (30 ± 3,3%) de paciente; trigliceridele ≥ 1.7 mmol/l la - 42 (30 ± 3,3%) de paciente; HDL-C < 50 mg/dl la 42 (30 ± 3,3%) din paciente (tab.2).

Indicii biochimici la prima vizită

Criteria	Lotul I: abs-%	Lotul II: abs-%	Lotul III: abs-%
Colesterol total, mmol/l			
≥ 6.2 mmol/l	15 (33,3±1,2)	13 (28,9±1,3)	14 (31,1±7,1)
Trigliceride, mmol/l			
≥ 1.7 mmol/l	15 (33,3±1,2)	13 (28,9±1,3)	14 (31,1±7,1)
Fibrinogen, g/l			
≥4g/l	0	0	0
HDL-C, mg/dl			
< 50 mg/dl	13 (28,9±1,3)	14 (31,1±7,1)	15 (33,3±1,2)
Glucoză, mmol/l			
≥5.6 mmol/l	14 (31,1±7,1)	13 (28,9±1,3)	14 (31,1±7,1)
<5.6 mmol/l	31(68,9±1,8)	32 (79,1±1,8)	31 (68,9±1,8)
TTGO			
Norma	45 -100	45- 100	45 - 100
patologic	0	0	0

La fel, rezultatele obținute au constatat dereglări ale metabolismului glucidic: 51 paciente au avut glucoza mai mare de 5.6 mmol/l, totodată TTGO normal la toate pacientele incluse în studiu (tab.2).

La toate pacientele investigate nivelul fibrinogenului a fost în limitele normei (tab.2).

Analiza rezultatelor investigațiilor hormonale, efectuate la a 3-5 zi, la a 12-14, la a 20-21 zi de CM, este reprezentată în tab. 3, și denotă indici în limitele normei ai hormonilor Prl și TSH.

Nivelul FSH și cel al LH la toate pacientele incluse în studiul, în pofida opsomenoreei de care sufereau, corespund fazei foliculare preovulatorii a ciclului menstrual. Aceste date ne dovedesc lipsa ovulației la pacientele estimate, chiar la interval de 3 luni de la lipsa menstruației.

Raportul LH /FSH mai mare de 1 a fost constatat în 68 (50,38±5,3%) cazuri și era egal cu 1 - 67 (49,62±6,3%).

Conform datelor din literatura de specialitate, prin aprecierea raportului LH /FSH se poate determina mecanismul dereglării funcției ovariene. Astfel, dacă raportul LH /FSH <1, disfuncția ovariană s-a dezvoltat prin mecanismul patogenetic de cașexie a aparatului folicular al ovarului, iar dacă raportul LH / FSH>1 (prezent la 68 (50,38±5,3%) paciente) – după mecanismul patogenetic al ovarelor rezistente [4,8].

Investigațiile hormonale efectuate de noi la a 3-a zi de ciclu menstrual au evidențiat nivel mărit de estronă (E_1) ≥138 pg/ml numai la 11 (8,14±3,3%) paciente, iar la a 14-a zi de ciclu menstrual nivel de E_1 ≥ 229 pg/ml la 124 (91,86 ±5,3%) paciente. Analiza datelor investigațiilor hormonale efectuate la a 3-a zi de ciclu menstrual a indicat nivel de testosteron (T) ≥ 2,9 nmol/L la 124 (91,86 ±5,3%) paciente și nivel de dehidroepiandrosteron sulfat (DHEAs) ≥ 340 μg/dl, la 124 (91,86 ±5,3%) paciente. Nivelul mărit de androgenie conduc la depunerea țesutului

adipos patologic: de la tip prăsadă (feminin) la tip măr (masculin).

Aceste, rezultate sunt în concordanță directă cu datele literaturii de specialitate care relevă că estro-na secretată în exces de țesutul adipos, influențează centrele de saturație centrale, în nucleele arcuate ale hipotalamusului, contribuind astfel la dereglarea activității neuronilor prin intermediul neurohormonilor – dopamină, neuropeptida Y, noradrenalină, ce sunt secretați și de către țesutul adipos, serotonina etc.. Astfel se tulbură ritmul pulsativ de secreție al GnRH care, la rândul său, dereglează secreția hormonilor hipofizari, formând un cerc vicios ce conduce la anovulație [3,6,7,9,10].

Plăcerea pe care o simte pacienta când folosește alimente se mărește datorită nivelului înalt de peptide opiate și, în aceste condiții, leptina nu mai poate regla pofta de mâncare, ceea ce duce la adaos ponderal excesiv și creează un cerc vicios neuro-endocrino-metabolic .

Așadar, hiperestrogenia cronică relativă, din conținutul E_1 , și câteva proteine și peptide bioactive (adipokine) cu acțiune locală (paracrină sau autocrină) sau sistemică (endocrină), tulbură echilibrul fiziologic al metabolismului general prin apariția unui nou organ endocrin – țesutul adipos visceral, care modifică patologic menținerea homeostaziei în limitele normei pentru a asigura organismul cu energie.

Totodată, analizând datele examenului ultrasonografic, am constatat că la mărirea în volum a ovarelor din conținutul stratului medular, numărul de foliculi care se vizualizau în ovare nu era mai mare de 3-4-5, iar volumul ovarelor nu depășea 9,5 cm³, la fel este important de menționat că endometrul avea M-eco de cca 7 mm, chiar și în lipsa menstruației timp de 3 luni. Aceste date ne vorbesc despre cicluri anovulatorii. Alte patologii: chisturi ovariene, miom uterin nu au fost depistate ultrasonografic.

**Rezultatele investigațiilor hormonale
la prima vizită**

Criteria, faza CM	Lotul I, abs-%	Lotul II, abs-%	Lotul III, abs-%
FSH mUI/mL			
Foliculară <3,5 și ≥ 12,5	45 – 100%	45 – 100%	45 – 100%
Ovulație <4,7 și ≥21,5	0	0	0
Luteală <1,7 și ≥7,7	0	0	0
LH mUI/mL			
Foliculară <2,4 și ≥12,6	45 – 100%	45 – 100%	45 – 100%
Ovulație <14,0 și ≥95,6	0	0	0
Luteală <1,0 și ≥11,4	0	0	0
LH/FSH			
≥1	25(55,6±5,6)	20(44,4±5,8)	23(51,1±6,5)
<1	0	0	0
=1	20(44,4±5,8)	25(55,6±5,6)	22(48,9±6,3)
E₁ pg/ml			
Foliculară <37 sau ≥138	3(6,7±4,1) ≥138	3(6,7±4,1) ≥138	5(11,1±4,1) ≥138
Ovulație <60 sau ≥229	42(93,3±1,5) ≥229	42(93,3±1,5) ≥229	40(88,9±1,5) ≥229
Luteală <50 sau ≥144	0	0	0
E₂ pmol/l			
Foliculară 45,4-854	45 – 100% ≥ 854	45 – 100% ≥ 854	45 – 100% ≥ 854
Ovulație 151-1461	0	0	0
Luteală-81,9-1251	0	0	0
T total			
≥2,9 nmol/L	42(3,5±0,9)	42(4,0±1,2)	40(3,8±1,1)
<0,22 nmol/L	0	0	0
DHEAs μg/dL			
≥340 μg/dl	42(402,7±5,9)	42(400,7±5,4)	40(389,7±5,9)
<98,8 μg/dl	0	0	0
TSH μUI/mL			
<0,27 μUI/mL	0	0	0
≥4,2 μUI/mL	0	0	0
Prl μUI/mL			
<127 μUI/mL	0	0	0
≥637 μUI/mL	0	0	0

Factorii de stres (examene de intrare, examene curente, de absolvire, angajarea la serviciu la care sau referit toate pacientele incluse în studiu), modul sedentar de viață (caracteristic generației tinere TV, computer, smartfoane etc.), alimentația hipercalorică, supraalimentarea, consumul excesiv de sare și alcool etc., fumatul conduc la creșterea nivelului ACTH, LH/FSH, glucocorticoizilor, estrogenilor, inclusiv în țesutul adipos a E₁, insulinei, cu apariția unui cerc vicios pentru dezvoltarea obezității, DZ₂, HTA, se soldează cu dislipidemie și dereglări ale funcției menstruale și reproductive.

Așadar, dereglările funcției menstruale și reproducive la pacientele cu SM au următoarea patogenie: insuficiența de E₂ periferică conduce la majorarea secreției de GnRH, care la rândul lui mărește sensibilitatea celulelor gonadotrofe a hipofizei către GnRH. Ca rezultat, are loc producerea în exces de LH de către adenohipofiză, se majorează raportul LH/FSH. Totodată LH în concentrații mari conduce la majorarea

secreției androgenilor de către celulele teacă din stroma ovariană cu hipertrofia ultimelor. Nivelul relativ scăzut de FSH conduce la micșorarea secreției de aromatizate ce transformă androgenii ovarieni în estrogene, ca rezultat se micșorează nivelul de estradiol necesar pentru ca să aibă loc ovulația – se produce anovulația, iar nivelul jos de E₂ periferic conduce la majorarea secreției de GnRH, adică se repetă din nou cercul vicios.

Concluzii:

1. Rezultatele studiului au relevat că la pacientele cu SM se dezvoltă mai frecvent sindromul hipomenstrual: opsomenoree prezentă în 38 (28,14±1,6%) cazuri, opsomenoree cu oligomenoree – în 19 (14,07±2,1%), opsomenoree cu hipermenoree – 18 (13,33±2,3%), spaniomenoree – 27 (20,0±1,8%), spaniomenoree cu oligomenoree – 18 (11,85±3,1%), spaniomenoree cu hipermenoree – în 18 (11,85±3,1%) cazuri.

2. Rezultatele studiului au confirmat, la pacientele cu SM și dereglarea funcției menstruale, lipsa ovulației: FSH, LH corespund fazei foliculare medii, raportul

LH /FSH mai mare de 1, nivel mărit de androgeni, iar ultrasonografic Meco mai mic 7 și marirea ovarelor din contul stratului medular.

3. Rezultatele studiului au relevat nivel mărit de E₁ și androgeni la pacientele cu SM, care mențin cercul vicios al apariției SM și conduc la dezvoltarea obezității, DZ tip 2, HTA, dislipidemii și la dereglări a funcției menstruale și reproductive.

Bibliografie

1. Abdulbari Bener, Ph.D., F.R.S.S., F.F.P.H., Mahmoud Zirie, M.D., F.A.C.E., Manal Musallam, M.P.H., Yosef S. Khader, B.D.S., M.Sc., M.S.P.H., Sc.D, and Abdulla O.A.A. Al-Hamaq, M.P.H., Ph.D. Prevalence of Metabolic Syndrome According to Adult Treatment Panel III and International Diabetes Federation Criteria: A Population – Based Study. *Metab Syndr Relat Disord* 2009; Vol.7, Nr.3, p.222.

2. Bayomi RA, Al-Yahyaee SA, Albarwani SA, Rizvi SG, Al-Hadabi S, Al-Ubaidi FF, Al-Hinai AT, Al-Kindi MN, Adnan HT, Al-Barwany HT, Commuzie AG, Cai G, Lopez-Al-Varenga JC, Hassan MO. Heritability of determinants of the metabolic syndrome among healthy Arabs of the Oman family study. *Obesity* 2007;15:551-556.

3. Harzallah F, Alberti H, Ben Khalifa F. The meta-

bolic syndrome in an Arab population: a first look at the new International Diabetes Federation criteria. *Diabet Med* 2006;23;441-444.

4. Al-Lawati JA, HQ Al Hinai, AJ Mohammed, P Jusilahti. Prevalence of the metabolic syndrome among Omani adults *Diabetes Care* 2003;26;1781-1785.

5. Curocichin G.. Complexul dereglărilor metabolice la pacienții hipertensivi: caracteristica clinico-genetică. Autoreferat al tezei de doctor habilitat în medicină. Chișinău, 2009.

6. Подзолкова Н М, Подзолков В И, Глазкова О Л, Топольская И В. Метаболический синдром у женщин: две грани единой проблемы. *Акушерство и гинекология*, 2003, N 6, 28-33.

7. Серов В.Н. Метаболический синдром: гинекологические проблемы. *Акушерство и гинекология*, 2006, приложение, 9-10.

8. Flier JS. Obesity wars: molecular progress confronts an expanding epidemic. *Cell* 2004;116:337-350.

9. Wajchenberg BL. subcutaneous and visceral adipose tissue: their relation to metabolic syndrome. *Endocrine Reviews* 2000;21:697-738.

10. Edward E. Wallach, M. D. The role of adiponectin in reproduction: from polycystic ovary syndrome to assisted reproduction. *Ferti Steril* 2010;94:6:1949-1957.

© Angela Marian-Pavlenco, Ecaterina Jdanov, I. Opalco

Angela Marian-Pavlenco, Ecaterina Jdanov, I. Opalco
**NAȘTEREA PREMATURĂ ȘI FACTORII DE RISC CE INFLUENȚEAZĂ
ASUPRA MORTALITĂȚII PERINATALE**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
IMSP Institutul Mamei și Copilului*

SUMMARY

THE PRETERM BIRTH AND THE INFLUENCE FACTORS OF PERINATAL MORTALITY.

Key words: the perinatal mortality, the matrix BABIES.

Introduction. *In the determinism of perinatal mortality are introduced a lot of factors which influence directly or not and frequently in association. Only thanks to the cognition and evidence of those factors it is possible to appreciate the existence of the risk of perinatal mortality before and after 37 weeks of gestation.*

Objective of the study. *The determination of influence factors of perinatal death before and after the 37 weeks of gestation.*

Materials and methods: *A retrospective study case-control with 79 cases of perinatal deaths which were divided in two lots: the cases of death before 37 weeks and cases of death after 37 weeks. The methods of analysis: the matrix BABIES. Statistics: calculation of incidence, the approximate value, the significance of the p value, relative risk (OR), the confidential interval (CI).*

Results. *The perinatal mortality in preterm births - 7,0%, the perinatal mortality in term births – 2,3%. The risk factors in perinatal death before 37 weeks and after 37 weeks: age OR – 0,86 (95 CI 0,28-2,64), p>0,05, primiparity*

OR – 0,42 (95 CI 0,12-1,41), $p > 0,05$, the intellectual occupation OR – 2,76 (95 CI 0,93-8,18), $p > 0,05$, the manual labor OR – 1,58 (95 CI 0,23-10,7), $p > 0,05$, the infection of urinary tract OR – 1,26 (95 CI 0,45-3,50), $p > 0,05$, the gestational anaemia OR – 2,70 (95 CI 0,94-7,78), $p > 0,05$, the cesarean section OR – 0,22 (95 CI 0,02-2,02), $p > 0,05$.

Conclusions: (1) The perinatal mortality rate in preterm birth is the 3 times higher than in term birth, but there does not exist significant difference between risk factors in perinatal death before and after 37 weeks of gestation. (2) There is a necessity to continue the study on an extensive group for making an ample conclusion.

РЕЗЮМЕ

ФАКТОРЫ РИСКА ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВНИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Основные понятия: перинатальная смертность, матрица BABIES.

Актуальность. В определении перинатальной смертности играют роль различные факторы, которые влияют на данный индекс прямо или косвенно, а в большинстве случаев действуют совместно. Для оценки риска перинатальной смертности до и после 37 недель беременности, необходимо изучить и выделить данные факторы влияния.

Цель работы. Определение факторов риска перинатальной смертности до и после 37 недель беременности.

Материал и методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование случай-контроль, которое включило 79 случаев перинатальной смертности, которые были разделены на 2 группы: случаи смертности до 37 недель и случаи смертности после 37 недель беременности. Метод исследования: матрица BABIES. Статистика: расчет частоты случаев, средних значений, p -значения, отношения шансов (OR), доверительный интервал (CI).

Результаты. Перинатальная смертность при преждевременных родах составила 7,0%, перинатальная смертность при доношенной беременности и родах составила – 2,3%. Факторы риска перинатальной смертности до 37 и после 37 недель беременности: возраст OR – 0,86 (95 CI 0,28-2,64), $p > 0,05$, первородящие женщины OR – 0,42 (95 CI 0,12-1,41), $p > 0,05$, интеллектуальный труд OR – 2,76 (95 CI 0,93-8,18), $p > 0,05$, физический труд OR – 1,58 (95 CI 0,23-10,7), инфекция мочевыводящих путей OR – 1,26 (95 CI 0,45-3,50), $p > 0,05$, анемия у беременных OR – 2,70 (95 CI 0,94-7,78), $p > 0,05$, кесарево сечение OR – 0,22 (95 CI 0,02-2,02), $p > 0,05$.

Выводы. (1) Перинатальная смертность при преждевременных родах в 3 раза больше, чем при родоразрешении в срок. Несмотря на этот факт, не было выявлено значительной разницы в факторах риска, влияющих на перинатальную смертность до или после 37 недель беременности. (2) Для получения более точных результатов необходимо в дальнейшем проводить исследование на большем количестве элементов выборки.

Actualitatea. Anual, în lume se nasc aproximativ 15 milioane de copii prematuri, dintre care un milion nu supraviețuiesc. În structura mortalității copiilor problema prematurității în Republica Moldova este determinată în mare parte de factorul economic precar, ce nu permite îngrijirea deplină a copiilor născuți înainte de termen.

Mortalitatea perinatală (MP) include toate cazurile de deces fetal și al nou-născutului în perioada de la 22 săptămâni de sarcină până la 7 zile după naștere, și se calculează acest indicator la 1000 de nou-născuți.

Mortalitatea perinatală reprezintă un indicator statistic, care include toate cazurile de deces fetal sau al nou-născutului în perioada cuprinsă între 22 săptămâni de sarcină și 7 zile după naștere. Se calculează acest indice la 1000 de nou-născuți. Conform protocoalelor mondiale de neonatologie, mortalitatea perinatală se subdivizează în:

-antenatală – 22 săptămâni de sarcină până la naștere;

-intranatală – în timpul nașterii;

-neonatală precoce – până la 7 zile după naștere.

Mortalitatea ante- și intranatală sunt unite sub denumirea de mortalitate.

Nivelul și structura mortalității perinatale sunt determinanții principali de sănătate a nou-născuților, caracterizând nivelul de intervenție al obstetricienilor și al neonatologilor. După datele Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), rata mortalității perinatale este foarte variabilă în diferite țări ale lumii și constituie 20-50 la 1000 de nașteri [22]. Pentru fiecare perioadă aparte aceste date oscilează între 2-9%.

Nivelul mortalității antenatale în lume constituie 5-7%, intranatale – 7,5-8,6 % și neonatale precoce – 2,5-3,2 % [8,9,13].

Conform datelor OMS nivelul mortalității perinatale în Republica Moldova constituie 13 pe 1000 de nou-născuți [22]. Un studiu realizat de Save the Children International și Organizația Mondială a Sănătății la nivel mondial indică următoarele rezultate: 90% dintre copiii cu prematuritate extremă, născuți în țările cu venituri mici, mor în primele zile de viață, și doar 10% decedază în țările înalt dezvoltate [3, 10, 11, 15].

În Republica Moldova, potrivit datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în 2013, mortalitatea neonatală precoce la 1000 nou-născuți vii a constituit aproximativ 1%. Conform datelor din literatură de

specialitate – supraviețuirea, mortalitatea și morbiditatea acestui contingent de prematuri sunt în mare măsură determinate de modul de naștere: operație cezariană sau nașterea pe cale naturală [1, 3, 5, 13, 16].

Datele statistice arată că mortalitatea perinatală în nașterea prematură se atestă de 33 ori mai frecvent, decât mortalitatea perinatală în nașterea la termen. Prematuritatea reprezintă un risc înalt de mortinatalitate și mortalitate neonatală precoce. Cu toate acestea, specialiștii din Franța demonstrează că, în ultimii zece ani, incidența mortalității perinatale în nașterea prematură are tendință de scădere datorită perfecționării metodelor de îngrijire în sarcină și în naștere. Totodată, cu cât este mai mică mortalitatea perinatală, cu atât este mai mare incidența invalidității și morbidității printre acești copii. Nașterea prematură este o frecventă cauză de deces, ocupând al doilea loc (după pneumonie) în structura mortalității copiilor sub 5 ani.

În baza materialelor științifice, M.A.Petrov-Maslakov opinează că: “prematurii reprezintă contingentul principal printre feții și nou-născuții decedați. Ei constituie 50-68% dintre cei care au murit în perioada antenatală și mai mult de 40% în perioada intranatală” [28]. Mortalitatea perinatală în nașterea prematură și la termen este actuală și în Republica Moldova.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), nașterea prematură este definită ca nașterea înainte de 37 săptămâni de gestație. S-a stabilit că în Europa nașterile premature constituie 6,2% din toate nașterile. Incidența nașterilor premature în Republica Moldova este în medie 8-10% din toate nașterile, deci reprezintă o problemă destul de importantă. Există un mod special de calculare a indicelui mortalității în nașterea prematură, care indică numărul prematurilor decedați la o mie de copii născuți prematuri vii. Riscul

de mortalitate prematură este înalt în țările moderat și slab dezvoltate. Studii efectuate în America de Sud, Africa și Asia arată că mortalitatea la prematuri este de 6,8 ori mai mare în perioada neonatală, în comparație cu cei născuți la termen (RR 6,82, 95% CI 3.56-13.07) [3, 4, 12, 18]. Prematurii născuți la sau înainte de 25 săptămâni de gestație au cea mai înaltă incidență de mortalitate, de circa 50% [19, 23, 25].

Mortalitatea perinatală a copiilor prematuri și a celor născuți la termen reprezintă o problemă importantă pentru toată lumea, de aceea este necesar de evidențiat cauzele și soluțiile pentru scăderea numărului decedaților.

Cu toate progresele înregistrate în conduita prematurității, nivelul decesului copiilor născuți înainte de termen rămâne a fi înalt atât în Republica Moldova, cât și în întreaga lume.

O mare importanță prezintă studierea incidenței factorilor de risc și a structurii mortalității perinatale în nașterea prematură și la termen. Analiza diferitor factori ce influențează MP în nașterea prematură este deosebit de actuală în Republica Moldova.

Pornind de la datele și rezultatele a mai multor studii, scopul lucrării de față este determinarea factorilor ce influențează mortalitatea perinatală în nașterea prematură și la termen.

Material și metode. Analiza datelor din studiul efectuat de noi s-a bazat pe 73 fișe medicale ale gravidelor, la care s-au înregistrat decese perinatale înainte și după 37 săptămâni de gestație în anul 2013 în SCM nr.1 din Chișinău. Cazurile de deces perinatal (n=79) au fost divizate în două loturi: copii prematuri și copii la termen decedați în perioada perinatală. Ambele loturi au fost repartizate în 2 subploturi în funcție de perioada perinatală.

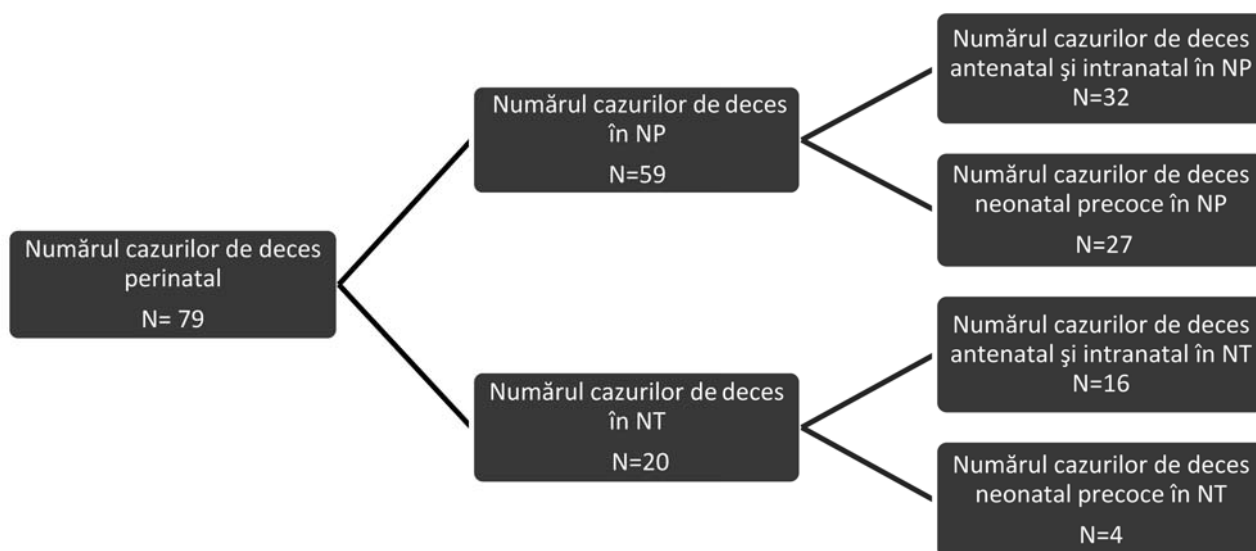


Fig. 1. Repartizarea cazurilor de deces în loturile de studiu

Pentru administrarea bazei de date am utilizat Microsoft Excel 2010.

Analiza rezultatelor obținute s-a efectuat prin: calcularea indicatorilor de frecvență, a valorilor medii și a devierii valorilor medii aritmetice. Veridicitatea rezultatelor a fost obținută prin calcularea pragului de semnificație „p”, cu ajutorul calculatorului epi-info. Riscul relativ estimat (OR) și intervalul confidențial (CI) au fost calculate în baza „Tabelului de contingență 2x2”.

Mortalitatea perinatală indică: numărul copiilor decedați în perioada antenatală și intranatală plus numărul copiilor decedați în perioada neonatală precoce

* 1000/ numărul copiilor născuți vii plus numărul copiilor născuți morți.

Rezultate și discuții. În Spitalul Clinic Municipal nr.1 din Chișinău pe parcursul anului 2013 s-au născut în total 8463 copii, dintre care 94,9% erau la termen și 5,1% prematuri. Mortalitatea perinatală în această instituție a constituit 9,3%. Analiza cazurilor de deces perinatal în nașterile premature și la termen relevă că mortalitatea perinatală în nașterea prematură (MP în NP) este semnificativ mai înaltă, constituind 7,0%, comparativ cu mortalitatea perinatală în nașterea la termen (MP în NT) – 2,3%, (tab. 1).

Tabelul 1

Incidența copiilor născuți la termen și prematur și RMP

Caracteristica	Numărul total de nou-născuți vii N=8415		Numărul cazurilor de deces perinatal N=79		RMP la 1000 de nou-născuți vii
	nr.	%	nr.	%	
<37 săptămâni	374	4,4	59	74,7	7,0
>37 săptămâni	8041	95,6	20	25,3	2,3

Astfel, aproape o treime din cazurile de mortalitate perinatală constituie prematurii (fig. 2).

Pentru monitorizarea cauzelor de mortalitate perinatală și pentru determinarea nivelului de supraveghere și îngrijire al gravidelor și al nou-născuților am folosit matrița perinatală BABIES. Cazurile de deces incluse în această matriță au fost repartizate bidimensional în dependență de greutatea la naștere. Acest tip de repartizare permite separarea cauzelor de mortalitate antenatală, intranatală și neonatală precoce (tab. 2).

Matrița perinatală BABIES – sistem de monitorizare a cauzelor mortalității perinatale: litera engleză ”B” (birthweight) indică greutatea la naștere; ”A” (age at death) – vârsta la momentul decesului; a doua literă ”B” (boxes) – celule; ”I” (interventions) – intervenții; ”E” (evaluation) – aprecierea și ”S” (system) – sistemul.

Din datele introduse în tabelul BABIES pot fi calculați indicatorii - rata proporțională și rata specifică

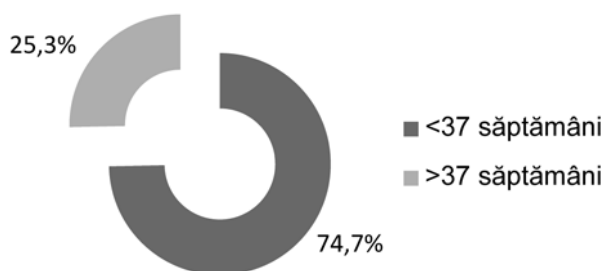


Fig. 2. Incidența cazurilor de deces înainte și după 37 săptămâni de gestație

de mortalitate perinatală atât pentru datele din fiecare celulă, cât și indicii totali pe rânduri și pe coloane. Rata proporțională de deces perinatal arată corectitudinea alegerii intervenției, iar cea specifică indică corectitudinea aplicării intervențiilor selectate pentru reducerea mortalității perinatale și arată numărul nou-născuților

Tabelul 2

Matrița BABIES

Greutatea	Perioada de deces			Nou-născuți supraviețuitori (N)	Total (N)
	Antenatală (N)	Intranatală (N)	Neonatală precoce (N)		
500 – 999	14	0	18	31	45
1000 – 1499	6	0	4	39	45
1500 – 1999	4	0	3	86	90
2000 – 2499	8	0	2	257	265
2500 – 2999	7	0	1	1222	1229
3000 – 3499	6	0	1	3318	3324
3500 și >	3	0	2	3462	3465
Total	48 – dintre care 32 prematuri	0	31 – dintre care 27 prematuri	8415	8463

supraviețuitori în fiecare categorie de greutate. Totodată, în afară de indicatorii calculați tradițional, matrița grupează indicatorii în următoarele pachete de intervenții: „Sănătatea maternă”, „Îngrijirile în asistența antenatală”, „Îngrijirile în timpul nașterii” și „Îngrijirile oferite nou-născuților până la externare”. Datele din matrița perinatală BABIES au fost grupate în pachete de intervenții, cum se arată în figura 3. Culoarea albastră indică sănătatea femeii înainte de sarcină. Culoarea orange indică managementul în timpul sarcinii. Culoarea roșie reprezintă managementul în timpul travaliului și culoarea verde semnifică supravegherea nou-născuților în primele 6 zile de viață extrauterină. Matrița BABIES se bazează pe procesul de monitoring și supraveghere perinatală în Republica Moldova. Procesul de colectare a datelor, gruparea lor, analiza, calculul mortalității perinatale (MP) și mortalității neonatale precoce (MNP) reflectă rezultatul intervențiilor, precum și accesul la servicii, echipamente și informații despre procesul de îngrijire. Analiza datelor obținute din studii recente pentru Republica Moldova au arătat că incidența mortalității perinatale, inclusiv a mortinatalității și a mortalității neonatale precoce, s-a redus pe parcursul ultimilor 12 ani [17, 29].

Conform datelor din figura 3, o cotă de 5% din decesele perinatale sunt influențate de starea gravidelor înainte de sarcină și 3,3% sunt condiționate de insuficiența îngrijirii gravidei de către medicii de familie și ginecologii-obstetricieni din policlinică. Nici un caz (0%) de mortalitate perinatală din anul 2013 nu a avut loc în timpul travaliului și aproximativ 1,0% din decesele perinatale au fost constatate în perioada neonatală precoce. Rezultatele obținute denotă că, starea de sănătate precară a femeilor înainte de sarcină are o influență negativă majoră asupra mortalității perinatale în naștere.

Sănătatea maternă N=42, 5%		
Îngrijirile în asistența antenatală N=28 3,3%	Îngrijirile în timpul nașterii N=0 0%	Îngrijiri oferite nou-născuților până la externare N=9 1,0%

Fig. 3. Matrița de intervenție

Conform studiilor efectuate în Marea Britanie, cea mai înaltă incidență a decesului perinatal se înregistrează la femei în vârstă de 25 de ani și la cele în vârstă de 40 de ani [6, 24, 30]. Studiul efectuat de noi a arătat de asemenea că cel mai înalt procent de decese perinatale la prematuri are loc la vârsta 25-29 ani și la vârsta de 40 de ani a gravidelor. În figura 4 se prezintă incidența decesului perinatal în loturile I și II, după vârsta gravidelor.

Analizând datele obținute, observăm că rezultatele referitoare la mortalitatea perinatală în nașterea prematură și în nașterea la termen sunt statistic nesemnificative ($p > 0,05$), deci nu este suficient pentru a trage concluzii, dacă vârsta femeii este factor de risc pentru decesul perinatal în NP, în comparație cu decesul perinatal în NT (tab. 4).

Este necesar să se analizeze corelația dintre situația ocupațională a mamelor și numărul de decese perinatale în NP și în NT. Conform studiilor efectuate în SUA și în România în anul 2012, incidența MP este foarte înaltă printre casnice și femei care se ocupă cu munca intelectuală [20, 26]. Rezultatele obținute în studiul nostru corelează cu datele prezentate în alte țări (fig.5). Aproape o jumătate din gravidele cu decese perinatale în NP

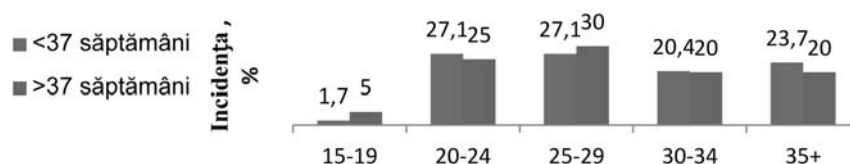


Figura 4. Incidența decesului perinatal înainte și după 37 săptămâni în funcție de vârsta gravidelor.

Tabelul 4

Vârsta gravidei ca factor de risc în decesul perinatal în NP vs decesul perinatal în NT

VÂRSTA (ani)	Nr. cazurilor de deces perinatal în NP N=59		Nr. cazurilor de deces perinatal în NT N=20		p	OR	95%, CI
	nr.	%	nr.	%			
15-19	1	1,7	1	5	>0,05	0,32	0,02-5,49
20-24	16	27,1	5	25		1,11	0,34-3,57
25-29	16	27,1	6	30		0,86	0,28-2,64
30-34	12	20,4	4	20		1,02	0,28-3,62
35+	14	23,7	4	20		1,24	0,35-4-34

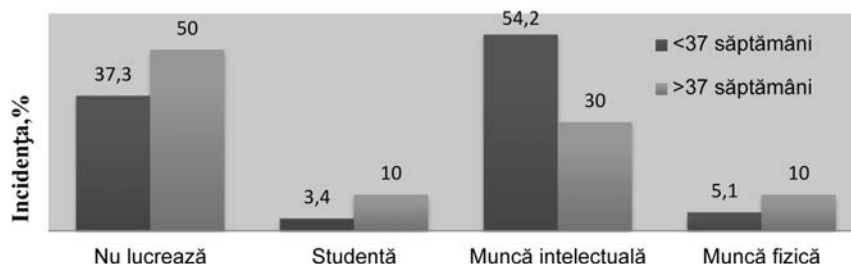


Fig. 5. Incidența decesului perinatal înainte și după 37 săptămâni de gestație în raport de ocupația gravidei

și în NT erau angajate în munca intelectuală – 48,1%. Mortalitatea a atins de asemenea valori înalte la femeile casnice care nu erau angajate în câmpul muncii. Deci, situația ocupațională poate determina, prin stresul matern, creșterea numărului de decese perinatale.

Totodată, în baza datelor din tabelul 4 putem concluziona că rezultatele obținute referitor la mortalitatea perinatală în naștere prematură și în naștere la

termen sunt statistic ne semnificative ($p > 0,05$), deci dispunem de date suficiente pentru a trage concluzii dacă ocupația gravidei este factor de risc pentru decesul perinatal în NP, în comparație cu decesul perinatal în NT. Totuși, munca intelectuală și munca fizică au o tendință de influență negativă asupra decesului perinatal în nașterea prematură.

Tabelul 4

Ocupația ca factor de risc în decesul perinatal în NP vs decesul perinatal în NT

Ocupația	Nr. cazurilor de deces perinatal în NP N=59		Nr. cazurilor de deces perinatal în NT N=20		p	OR	95%, CI
	nr.	%	nr.	%			
Nu lucrează	22	37,3	10	50	>0,05	0,59	0,21-1,65
Studentă	2	3,4	2	10		0,31	0,04-2,40
Muncă intelectuală	32	54,2	6	30		2,76	0,93-8,18
Muncă fizică	3	5,1	2	10		1,58	0,23-10,7

Conform datelor din literatura de specialitate, condițiile patologice ale gravidelor sunt cauza principală (după malformațiile congenitale) de deces perinatal. Cauzele principale de mortalitate perinatală sunt: hipertensiunea indusă de sarcină, anemia severă și boala inflamatorie pelviană a gravidei [7, 21, 27]. Studiul

nostru demonstrează de asemenea o incidență înaltă a MP printre ambele loturi de studiu la gravidele cu anemie și infecția tractului urinar. Boala hipertensivă, din contra, nu a fost asociată cu o rată procentuală înaltă de deces perinatal (fig. 6).

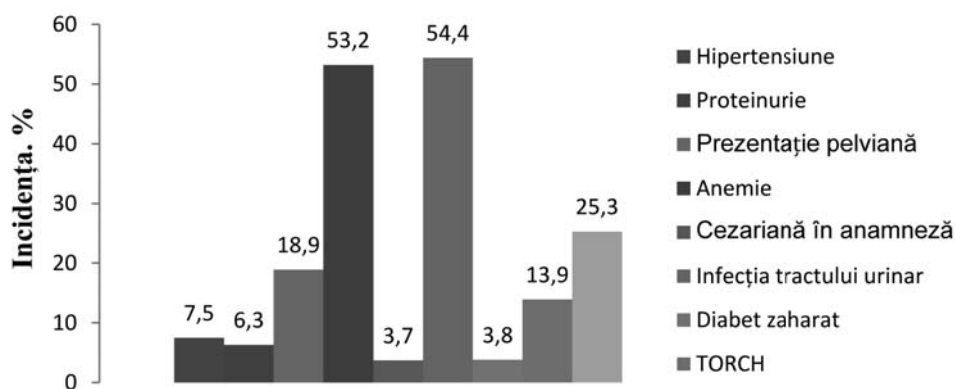


Fig. 6. Incidența decesului perinatal în funcție de stările patologice ale gravidelor

Metoda optimală în alegerea modului de naștere în nașterea prematură rămâne controversată. Mai multe studii efectuate în acest domeniu nu au arătat impactul semnificativ al alegerii modului de naștere

asupra mortalității perinatale în nașterea prematură [14]. Totodată, analiza acestui indicator a demonstrat o incidență mai înaltă a MP în NP în urma nașterii fiziologice (86,4% vs 13,6% în operația cezariană).

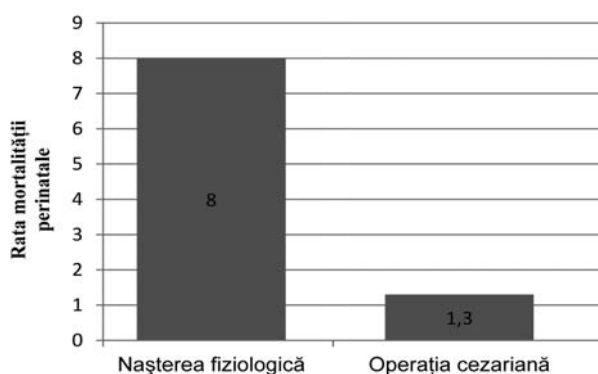


Fig. 7. Rata mortalității perinatale în nașterea fiziologică vs operația cezariană

Datele prezentului studiu au arătat că rata MP în NP și în NT pentru SCM nr.1 anul 2013 a constituit 6,7 fiind mai înaltă în nașterea fiziologică, în comparație cu operația cezariană (fig. 7).

Unele studii americane au demonstrat creșterea semnificativă a mortalității neonatale precoce în rândul prematurilor după operația cezariană. Cauza principală a acestui rezultat ar fi traumatizarea copilului în momentul efectuării OC [12]. Studiul nostru în acest domeniu a stabilit că operația cezariană nu este totuși factor de risc pentru decesul neonatal precoce în NP, în comparație cu același indicator în NT, tabelul 5.

Tabelul 5

Operația cezariană ca factor de risc în decesul neonatal precoce

Caracteristica	Nr. cazurilor de deces neonatal precoce în NP N=26		Nr. cazurilor de deces neonatal precoce în NT N=4		p	OR	95%, CI
	nr.	%	nr.	%			
Operația cezariană	5	81,5	2	50	>0,05	0,22	0,02-2,02
Nașterea fiziologică	22	18,5	2	50			

Concluzii:

În baza celor constatate în acest articol se structurează următoarele concluzii:

Mortalitatea perinatală în nașterea prematură este semnificativ mai înaltă, constituind 7,0%, comparativ cu mortalitatea perinatală în nașterea la termen – 2,3%.

Rezultatele obținute din matrița perinatală BABIES arată că cea mai înaltă rată a decesului perinatal – 5%, este influențată de starea gravidelor înainte de sarcină. Acest rezultat ar însemna că fondul patologic al femeii înainte de sarcină este problema de bază ce necesită atenție și soluționare din partea medicilor și a femeilor care planifică o sarcină reușită.

Cel mai înalt procent de decese perinatale în nașterea prematură are loc în perioada de vârstă de 20-29 ani a gravidelor, de asemenea, există o tendință de creștere a riscului de deces perinatal înainte de 37 săptămâni în comparație cu decesul perinatal după 37 săptămâni la femeile gravide cu vârsta peste 30 de ani.

Munca intelectuală și munca fizică au o tendință de influență negativă asupra decesului perinatal în nașterea prematură – OR 2,76 95% CI 0,93-8,18 și respectiv OR 1,58 95%CI- 0,23-10,7. Anemia și infecția tractului urinar sunt cele mai frecvente patologii asociate cu decesul perinatal.

Rata decesului perinatal pentru SCM nr.1 în perioada investigată a fost de 6,7 fiind mai înaltă în nașterea fiziologică, în comparație cu operația cezariană, însă mai multe studii efectuate în acest domeniu nu au arătat impactul semnificativ al alegerii modului de naștere asupra mortalității perinatale în nașterea prematură față de nașterea la termen.

Bibliografie

1. Adevar.ro (28 mai 2012). Moldova – în topul mortalității infantile. http://adevarul.ro/locale/iasi/moldova-topul-mortalitatii-infantile-vezi-judet-loc-1_50ae84097c42d5a6639d78c0/index.html.
2. Davey D.A. Hypertensive disorders of pregnancy // In: Whitefield C.R. ed. Dewhurst's Text-book of Obstetrics and Gynecology for Postgraduates., Oxford, 1995, p. 175-215.
3. George T Mandy, MD. Leonard E Weisman, MD. Melanie S Kim. Incidence and mortality of the premature infant // Literature review current through: Nov 2013, p. 35-43.
4. Goldenberg R.L., Culhane, J.F.Iams, J.D.Romero (2008). Epidemiology and causes of preterm birth // Lancet, p. 371:75-84.
5. Guerra B., Ghi T., Quarta S. et al. (2006). Pregnancy outcome after early detection of bacterial vaginosis // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., p. 128: 40-45.
6. Induction of labour at term in older mothers. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, February 2013.
7. Judith Goh, Michael Flynn. Examination Obstetrics and Gynaecology // p. 44:227-228.
8. Lawn, Joy, McCarthy, Brian J., Ross, Susan Rae. The healthy newborn // A reference manual for program managers, p. 120-135.
9. Lee HC, Subeh M, Gould JB (December 2010). Low Apgar score and mortality in extremely preterm neonates born in the United States. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20626363>.
10. Marlow N., Wolke D., Bracewell MA., et al. (2005). Neurologic and developmental disability at six

years of age after extremely preterm birth // EPI Cure Study Group, N. Engl. J. Med., p. 352: 9-19.

11. Menon R., et al. Racial disparities in preterm birth rates and short interpregnancy interval // An overview. Acta Obstet. Gynecol; in press (2011).

12. McManemy, J.Cooke, E.Amon, et al. (2007). Recurrence risk for preterm delivery // Am. J. Obstet. Gynecol., p. 196:5761-5766.

13. MIGnews.com (07.05.2010). ВОЗ: Каждый десятый ребенок рождается недоношенным. http://www.mignews.com/news/health/world/060110_231129_51899.html.

14. Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696314>.

15. RIA.ru (18.11.13). Врачи: курение и аборты увеличивают риск преждевременных родов. <http://ria.ru/society/20131118/977786476.html>.

16. Shechter Y, Levy A, Wiznitzer A, Zlotnik A, Sheiner E. J. Obstetric complications in grand and great grand multiparous women // *Matern Fetal Neonatal Med.*, 2010 Oct., № 23 (10), p. 1211-7.

17. Spătaru Iona. Obiectivul 5: Îmbunătățirea sănătății materne. www.un.md/mdg/human/copil_sanatos.doc.

18. Stephanie J. Ventura, Division of Vital Statistics, National Center for Health Statistics, CDC. Pregnancy and Childbirth Among Females Aged 10–19 Years // United States, 2007–2010 Supplements November 22, 2013, № 62(03), p. 71-76.

19. Știre medicală (29 iulie 2010). Prematuritatea este una dintre principalele cauze de mortalitate neonatală în România. <http://www.sfatulmedicului.ro>.

20. Бадалян Л.О., Вроно М.Ш., Журба Л.Т., Елизарова И.П. Родовая травма. http://www.ordodeus.ru/Ordo_Deus12_Rodovaya_travma.html.

21. Бодяжина В.И. «Акушерство». http://www.med312.ru/akusherstvo/osnovy_perinatologii/1313.html.

22. World Health Organization. [Apps.who.int/iris/bitstream/E84925R](http://apps.who.int/iris/bitstream/E84925R).

23. Грязнова И.М., Второва В.Г. Сахарный диабет и беременность. Медицина, 1985г. <http://www.rod.ru/chronic-diseases/diabet.html>.

24. Захаров В.Д. Ретинопатия недоношенных // Витреоретинальная хирургия, 2003, с. 102 – 109.

25. Красовская Т.В., Кучеров Ю.И., Летинская О.Ю. Некротический энтероколит у новорожденных. Кафедра хирургических болезней детского возраста педиатрического факультета РГМУ. <http://www.dezprima.ru/t1/8.htm>.

26. Кулаков В., Сидельникова В., Чернуха Е. Акушерская тактика ведения преждевременных родов. <http://www.kid.ru/12003/index2.php3>.

27. Морозова Е.Н. Письмо врача. <http://www.abort.ru/node/270>.

28. Петров-Маслаков М.А. Частота и причины перинатальной смертности. www.blackpantera.ru/mladency/diseases_of_the_newborn/28636/.

29. Пузырева Н.И. Синдром дыхательных расстройств и сурфактант легких у новорожденных. http://www.medchitalka.ru/sindrom_dyhatelnyh_rasstroystv_i_surfaktant_legkih_u_novorozhdennyh/suschnost_sindroma_dyhatelnyh_rasstroystv_i_pnevmonopatiy_novorozhdennyh/17136.html.

30. Шабалов Н.П., Самсыгина Г.А., Дегтярева М.В. Сепсис // Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володиной — М.: Геотар-Медиа, 2007, с. 673-87.

Iu. Carauș
**PERFORMANȚA, SUCESELE ȘI PROVOCĂRILE CENTRULUI PERINATOLOGIC NIVEL III
ÎN IMPLEMENTAREA PROGRAMULUI NAȚIONAL DE PERINATOLOGIE ÎN REPUBLICA MOLDOVA**
IMSP Institutul Mamei și Copilului

SUMMARY

**THE PERFORMANCE, SUCCESSES AND CHALLENGES OF THE THIRD LEVEL PERINATAL CENTER
IN THE IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PERINATAL PROGRAM IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA**

According to the development objectives of the millennium approved by Republic of Moldova, the Government through the objectives of the programs "Economic Growth and Poverty Reduction", "Moldovan Village", also provided for priority measures in the domain of maternal and child health. One of the main focuses of this policy was the elaboration of three national programs aimed at improving the basic maternal and child health indicators at national level: "Strengthening perinatal healthcare in the Republic of Moldova (1998-2002)", "Promoting perinatal services (2003-2007)", "Modernization of the perinatal system of the Republic of Moldova (2006-2014).

So at any level of the regional perinatal service, it is imperative necessary a insurance according to human resources, technical-material and organizational-methodical resources to provide high-tech and costly perinatal services in obstetrics, gynecology and neonatology.

However, all the measures provided in the national perinatology programs, contributed to the improvement of the main indicators of maternal and child health care but, regretfully, its evolution is slow and oscillating, remaining below the level expected by WHO and society.

This situation impose us to revise the perinatal care policies at national level with the emphasis on: implementing new organizational models of perinatal service on a level basis, optimizing the quality of maternal and child medical services and their cost-effectiveness; making human resources more efficient and conforming to medical workers, motivating for the highest qualification and professionalism; capital reconstructions and endowment of the appropriate technical material of the perinatal centers in rendering the services provided, the prioritization of the "Maternal health"&"Family health" care packages and, last but not least, the Government's support for the country's vital measures.

РЕЗЮМЕ

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ, УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ
НАЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА**

Согласно объективам глобального развития принятым Молдовой, правительство определило некоторые приоритетные меры в области охраны материнства и детства. Одним из наиважнейших аспектов в этом отношении было выработка трех национальных программ по улучшению основных показателей перинатальной службы. На всех уровнях родовспоможения строго обязательны соответствующие кадровые и материально-технические ресурсы, чтобы обеспечить высококачественные перинатальные технологии.

Все меры предпринятые до сегодняшнего дня несомненно сыграли свою роль в улучшении основных показателей службы но к сожалению их эволюция имеет медленную и осциллирующую тенденцию, являясь ниже таковых ожидаемых ВОЗ и обществом. Данное обстоятельство обязывает нас пересмотреть политику в области перинатального ухода на национальном уровне: внедрение новых организационных моделей в оказании перинатальной помощи; оптимизация качества оказываемых медицинских услуг матери и ребенка; улучшение кадровых ресурсов с несомненной мотивацией высокой квалификации и профессионализма; материально-технической базы перинатальных центров и приоритизация базовых пакетов в оказании перинатальных технологий.

Conform obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului ratificate și de Republica Moldova, Guvernul prin obiectivele programelor „Strategia de creștere economică și reducerea sărăciei”, „Satul moldoveanesc” a prevăzut și unele măsuri prioritare în domeniul sănătății mamei și copilului. Unul din accentele

principale ale acestei politici a fost pus pe elaborarea a trei programe naționale menite să amelioreze indicatorii de bază a sănătății mamei și copilului la nivel național: „Fortificarea asistenței medicale perinatale în Republica Moldova (1998-2002)”, „Promovarea serviciilor perinatale de calitate (2003-2007)”, „Mo-

derizarea sistemului de perinatologie din Republica Moldova (2006-2014)”.
 Sloganul acestor programe recunoscut la nivel global are ca deziderat principiul echității în acordarea asistenței medicale înalt calificate și justificării din punctul de vedere al oportunității, eficacității și al resurselor economice alocate [1]. Astfel, la orice nivel al serviciului perinatologic regionalizat este imperativ necesară o asigurare conformă a resurselor umane, material-tehnice și organizator-metodice pentru a presta servicii perinatale înalt tehnologice și costisitoare în domeniile obstetricii, ginecologiei și neonatologiei [2].

La mai mult de 20 ani, de la aprobarea Programului Național de Perinatologie din Republica Moldova, ne-am propus să facem o analiză a parcursului de realizare a programelor de modernizare a serviciului obstetrical-ginecologic și neonatal. Menționăm că începutul implementării acestuia a coincis cu declinul demografic în țară. Rata natalității s-a micșorat și este în scădere continuă, iar mortalitatea generală a depășit considerabil acest indicator, menținând stabil sporul

natural al populației la valori negative, în ultimii 20 ani (vezi Figura 1) [3].

În perioada de timp la care ne referim s-a efectuat regionalizarea maternităților cu statut de Centru Perinatologic; instruirea cadrelor medicale; s-a implementat un sistem informațional-metodic național; s-a ameliorat dotarea material-tehnică a instituțiilor medicale; au fost elaborate ghidurile naționale, protocoalele instituționale și ale locului de muncă; s-au introdus asigurările obligatorii în medicină. Datorită acestor măsuri indicatorii de bază ai sănătății mamei și copilului au suferit schimbări pozitive evidente.

În primul rând, începând cu anul 2000 și până în prezent, a crescut simțitor numărul adresărilor și internărilor în CP IMȘIC. Astfel, dacă în anul 2001 rata nașterilor în Clinica Institutului Mamei și Copilului (IMȘIC), din numărul total al nașterilor pe țară, a constituit 9,6%, atunci în prezent această rată a atins 20%, fiecare a treia naștere ce are loc în Centrul Perinatologic de nivel III fiind strict cu indicații pentru nivelul dat.

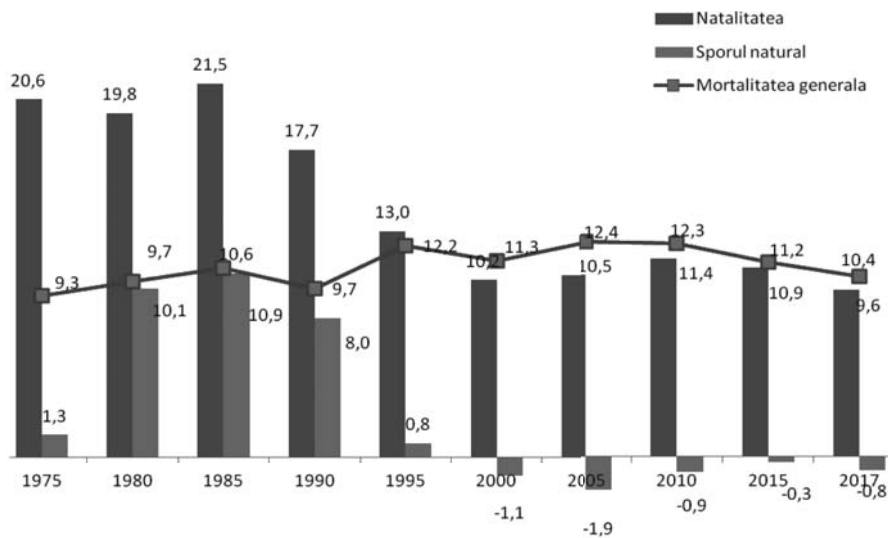


Fig.1. Dinamica natalității, mortalității generale și a sporului natural al populației (aa. 1975-2017)

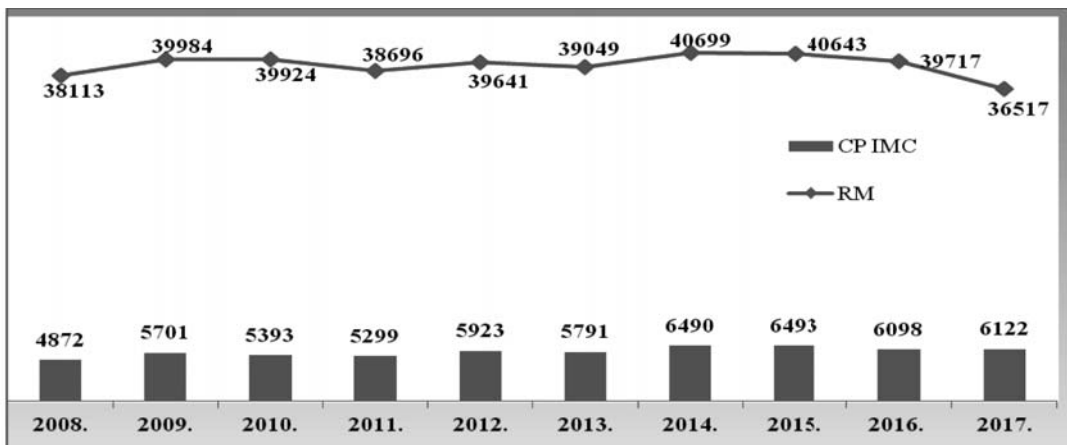


Fig.2. Dinamica nașterilor pe țară și în CP IMȘIC (aa. 2008-2017)

Sporirea numărului de nașteri în maternitatea republicană de la 3306 în anul 2000 la 6122 în 2017 este rezultatul respectării principiului de regionalizare a serviciului perinatologic. Dovadă a acestui fapt este nu numai creșterea numerică a nașterilor, ci și a numărului de cazuri clinice complicate (severe). Dacă la începutul implementării programului, rata patologiei extragenitale la pacientele internate a fost de 25-30%, iar a nașterilor fiziologice de 38%, astăzi acești indicatori au atins 57 și, respectiv, 13% corespunzător (vezi Figura 2).

În același timp, la nivel de țară, mai rămân, cu părere de rău, gravide cu maladii extragenitale, în special cele cu patologie cardiovasculară și endocrină (preponderent diabetul zaharat), uneori chiar cu contraindicații pentru a concepe sau prelungi sarcina care nu sunt îngrijite la nivelul superior de asistență medicală. [3].

Spre exemplu, în CP IMȘIC nasc numai 69,1% din femeile cu diabet zaharat, cu toate că acest contingent de paciente, conform prevederilor legale, trebuie să fie

spitalizate numai în IMȘIC. Alte cauze ce ne indică severitatea cazurilor clinice și urmează a fi internate în CP nivel III sunt: internările frecvent continue ale gravidelor și parturientelor cu preeclampsii severe (în special formele severe), uterul dublu-triplu cicatricial post-cezariană; corioamionita; operațiile reconstructive și organomenajante în anamneză, *placenta praevia*; anomaliile de inserție a placentei și a cordonului ombilical; primiparele peste 35 ani; minorele; sarcinile obținute prin FIV.

O situație similară se atestă și printre copiii nou-născuți. Anual în CP IMȘIC sunt asistate aproximativ 500 nașteri premature, 30,6% din numărul total pe țară. 33,4% se nasc în categoria de greutate sub 2500 g.; 52,1% cu greutatea mai mică de 1500 g. și 60,0% până la 1000 g. În paralel cu aceasta, din maternitățile republicii stabil în creștere sunt internați de urgență în secțiile reanimare nou-născuți, prematuri, patologice și neurologice nou-născuți din ce în ce mai gravi (atât născuți la termen cât și prematuri) (vezi Figura 3).

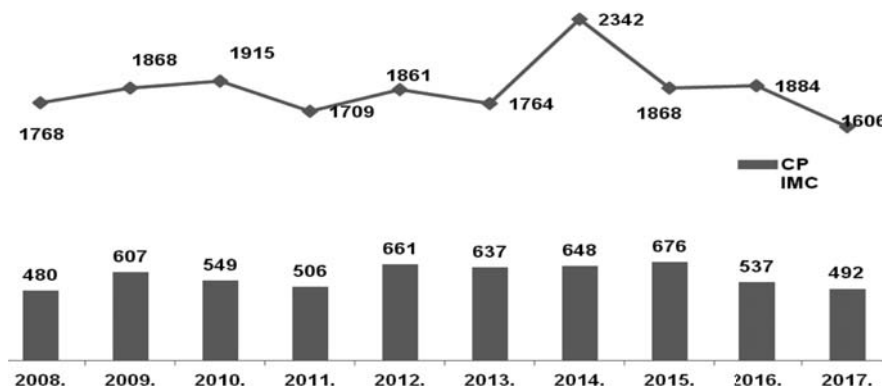


Fig. 3. Dinamica numărului de nașteri premature în CP ICȘiM, comparativ cu datele naționale (abs.) (aa. 2008-2017)

Acest fenomen își are explicația prin flagelul societății de astăzi: migrația neconținută și depopularea în masă la nivel de țară; insuficiența acută de cadre medicale; motivarea materială insuficientă a celor ce activează în serviciul perinatologic; sporirea numărului dosarelor civile și juridice legate de asistența medicală necalitativă; nedorința tineretului de a îmbrățișa specialitatea de obstetrician-ginecolog, neonatolog ca una ce nu este prestigioasă, deoarece prevede responsabilitate enormă, muncă fizică grea, riscul infectării și supraefort psihoemoțional [6].

Deși există unele succese în urma realizării programelor naționale perinatale, situația actuală împiedică buna desfășurare a acestora și evident, că nu ne va permite să obținem pe viitor rezultatele scontate.

În astfel de circumstanțe, din anul 2000 până în anul 2010, la IMȘIC au decedat 18 femei, din anul 2010 până în 2018 – trei femei.

Odată cu sporirea numărului de femei internate în CP IMȘIC și a cazurilor clinice severe, la ziua de astăzi,

atestăm, creșterea rapidă a ratei operațiilor cezariene de la 8,0% în anii 90 la 30% la ora actuală, cu o mortalitate perinatală dinamică în această intervenție de 36,0% și, respectiv, 30,7%. Indicațiile de bază pentru operație rămân să fie uterul cicatricial, prezența pelviene și anomaliile forțelor de expulzie. Din alte intervenții chirurgicale în obstetrică o rată în creștere se atestă vizavi de aplicarea vacuum-extractorului în naștere, ce s-a mărit de la 0,1% la 5,0%. Pe când aplicarea forcepsului obstetrical, a embriotomiilor și extracțiilor fătului a diminuat practic la cazuri unice (0,01-0,03%) (vezi Figura 4).

În paralel cu ascensiunea activităților chirurgicale, atestată la 62% în anul 2000 și la peste 70,0% în anul 2017, putem afirma cu certitudine că numărul complicațiilor în naștere, perioada de lăuzie imediată și al traumatismului obstetrical este în continuă scădere. La fel, ținem să menționăm și diminuarea semnificativă a complicațiilor puerperal-septice, care s-a redus până la 1,0%, comparativ cu 1,6-2,0% anterior, și a hemoragiilor masive obstetricale.

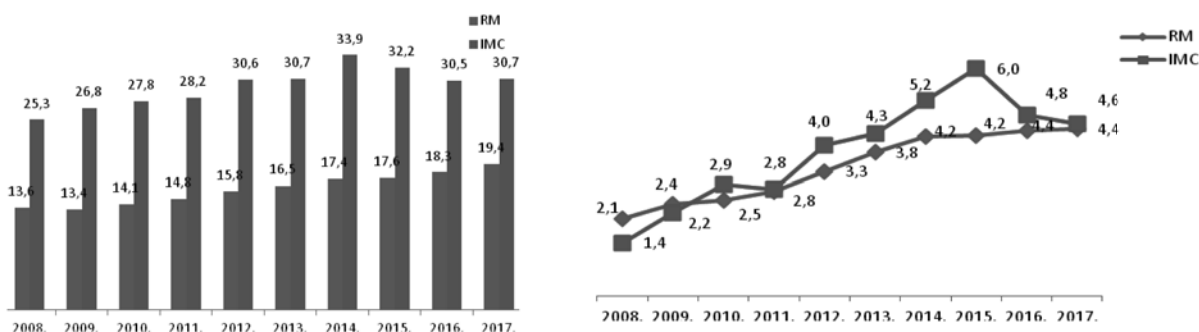


Fig. 4. Dinamica numărului de nașteri finalizate prin operație cezariană și vacuum-extracție în CP ICȘIM comparativ cu datele naționale (abs.) (aa. 2008-2017)

Și desigur încununează toți acești indicatori cel al mortalității perinatale. Decesele copiilor au avut o evoluție stabilă de descreștere la toate etapele: antenatală, intranatală și neonatală precoce, micșorându-se ca rată de la 25,6‰ la 17,4‰.

Cauzele principale ale mortalității perinatale pe tot parcursul acestor ani au fost stările de asfixie și hipoxie, infecția intrauterină și viciile congenitale.

Dacă în 2000 coraportul între decesele la nou-născuții la termen și prematuri a fost de 27 la 73%, atunci în anul 2017 este de 20% la 80%, respectiv, iar raportul dintre mort-născuți și copiii decedați în perioada neonatală precoce de 1:1.

Supraviețuirea copiilor extrem de prematuri a evoluat de la 51% la 40,84%, iar în categoria de greutate ≥ 1000 g a atins o rată de 90%.

Concluzii.

1. Toate măsurile prevăzute în programele naționale de perinatologie evident că au contribuit la ameliorarea indicatorilor principali de asistență medicală mamei și copilului, însă, cu regret, evoluția acesteia are un caracter lent și oscilant, rămânând încă sub nivelul așteptat de OMS și societate.

2. Situația dată ne impune, în regim de urgență, să revizuim politicile asistenței perinatale la nivel național punând accentul pe: implementarea noilor modele organizatorice ale serviciului perinatologic pe nivele, optimizarea calității serviciilor medicale oferite mamei și copilului și sporirea a cost-eficacității

acestora; eficientizarea resurselor umane și valorificarea corespunzătoare a lucrătorilor medicali ce i-ar motiva pentru o activitate de cea mai înaltă calificare și profesionalism; reconstrucțiile capitale și dotarea material tehnică corespunzătoare a centrelor perinatologice-cheie în acordarea serviciilor prestate, prioritizarea pachetelor de îngrijire „Sănătatea maternă” și „Familia-Sănătate” și, nu în ultimul rând – susținerea de către Guvern a acestor măsuri vitale pentru țară.

Bibliografie

1. Prematuritatea: Aspecte obstetricale și neonatale. Chișinău, 2013, 454 pag.
2. Руководство по организации и деятельности перинатального центра. Москва, 2007 г. 471с.
3. Paladi Gh., Dondiu Iu., Stratila M.. Impactul reformelor organizatorice asupra indicilor principali ai sănătății reproductive și necesitatea restructurării continue a serviciului obstetrical. pag. 33-38.
4. Materialele Conferinței a IV-a de Medicină Perinatală cu participare internațională. Buletin de Perinatologie nr.3, 2011, pag. 33-37.
5. Carauș Iu., Gațcan Ș. Managementul patologiei obstetricale în obstetrică. Materialele Conferinței Naționale. Buletin de Perinatologie nr.2, 2015, pag. 5-9.
6. Артымук Н. В. Роль региональных профессиональных некоммерческих организаций в содействии защите прав врача. Акушерство и Гинекология. № 106 2017, с. 98-103.

Diana Hovanscaia, A. Serbenco, Natalia Stoianov, St. Groppa
PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ALE EPILEPSIEI ÎN SARCINĂ ȘI NAȘTERE
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie " Nicolae Testemițanu "

SUMMARY

CLINICAL EVOLUTION PARTICULARITIES OF EPILEPSY IN PREGNANCY AND DELIVERY.

Keywords: epilepsy; pregnancy and childbirth; antiepileptic therapy; epileptic seizure.

Introduction. *To describe the epilepsy evolution, the anamnestic particularities, the beginning, the type and frequency of epileptic seizures and antiepileptic treatment there were studied pregnancy and delivery in women with epilepsy.*

Materials and methods: *The transversal retrospective study included analysis of 153 deliveries in women with epilepsy that took place in Institute of Mother and Child Care, Chisinau, Republic of Moldova, during 2010-2014.*

Results: *During the study it was found out that the beginning of the epilepsy prevails in puberty, in 88 cases (57,5 ± 4,0%). In 2 cases (1,3 ± 0,9%) it was observed primary appearance of the epilepsy in pregnancy, which shows us a gestational epilepsy. In the patients under study it was observed the predominance of the structural- metabolic (symptomatic) form of the disease – 103 cases (67,3 ± 3,8%). This study showed that in women with frequent seizures of epilepsy before the pregnancy – 43 (22,1 ± 3,4%), the frequency of seizures during pregnancy did not change – 41 (26,8 ± 3,6%). During pregnancy 69 (45,1 ± 4,0%) patients did not take antiepileptic treatment, 15 (9,8% ± 2,4) canceled the treatment on their own, and in 23 (15 ± 2,9%) patients the antiepileptic therapy was primarily prescribed during pregnancy, due to primary appearance or increasing frequency of epileptic seizures. And only 61 (39,9 ± 4,0%) women strictly followed the epileptologist's recommendations. In 3 (2,0 ± 1,3%) cases the birth process was complicated by the emergence of tonic-clonic seizures, and in 8 (5,2 ± 1,8%) cases epileptic seizures were noted in the early postpartum period.*

Conclusions: *Analysis of own data indicates that increased frequency of the epileptic seizures was observed in pregnant women which did not take any antiepileptic treatment or which canceled the treatment on their own.*

The postpartum period is vulnerable in women with epilepsy due to disturbed nighttime sleep, the presence of dolor syndrome and psycho-emotional stress, as well as the changes in pharmacokinetics of antiepileptic drugs and low compliance of mother to the dosing regimen.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ЭВОЛЮТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Ключевые слова: эпилепсия, беременность и роды, эпилептический приступ, противоэпилептическая терапия.

Были изучены особенности анамнеза, возраст дебюта, длительность течения и характер эпилепсии, форма и применяемое противоэпилептическое лечение у женщин, страдающих эпилепсией во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Материалы и методы: *Был проведен трансверсальный ретроспективный анализ 153 родов у женщин с эпилепсией, родивших в Институте Матери и Ребенка в г. Кишиневе, Республика Молдова, в течение 2010-2014 гг.*

Результаты: *В ходе исследования выявлено преобладание дебюта эпилепсии в пубертатном возрасте 88 случаев (57,5 ± 4,0%). В 2 случаях (1,3 ± 0,9%) отмечено первичное появление эпилептических приступов во время беременности, т.е идет речь о гестационной эпилепсии. У исследуемых пациенток отмечено преобладание структурально-метаболической (симптоматической) формы заболевания -103 случая (67,3 ± 3,8%). Настоящее исследование показало, что у пациенток с частыми приступами до беременности 43(22,1 ± 3,4%) частота приступов во время беременности не изменилась -41 (26,8 ± 3,6%). Во время беременности 69 (45,1 ± 4,0%) пациенток не принимали противоэпилептического лечения, 15 (9,8% ± 2,4) отменили самостоятельно себе терапию, а 23-м (15 ± 2,9%) терапия первично назначена во время беременности, вследствие первичного появления или учащения приступов. И лишь 61 женщина (39,9 ± 4,0%) строго придерживалась рекомендациям эпилептолога. В 3 случаях (2,0 ± 1,3%) процесс родов осложнился появлением тонико-клонических судорог, а в 8-ми (5,2 ± 1,8%) эпилептические припадки отмечались в раннем послеродовом периоде.*

Заклучение: Анализ собственных данных свидетельствует о том, что учащение приступов наблюдалось у беременных, которые не принимали лечения во время беременности либо прервали его по собственной инициативе. Послеродовой период для женщин, страдающих эпилепсией, является уязвимым вследствие нарушения качества и продолжительности ночного сна, присутствия болевого синдрома и психо-эмоционального стресса, а также изменения фармакокинетики противоэпилептических средств и низкой комплаентности матери к режиму их дозирования.

Introducere. Potrivit datelor OMS, în lume, mai mult de 65 de milioane de persoane suferă de epilepsie, în fiecare an apar 2,4 milioane de cazuri noi de această boală [6]. Studiile asupra populației au arătat că prevalența epilepsiei la ambele sexe este de 43-47 de cazuri la 100 mii de locuitori. Morbiditatea la femei este mai mică – 41 de cazuri la 100 mii. În rândul pacienților cu epilepsie, 25-40% constituie femeile de vârstă fertilă [4, 5, 17, 24, 25, 26].

În fiecare an, numărul de sarcini la femeile care suferă de această boală este în creștere, ceea ce se poate datora unei creșteri a frecvenței remisiunilor prin utilizarea antiepilepticelor noi și reducerii stigmatizării femeilor bolnave [20, 28].

Multe probleme ale sănătății reproductive la femeile cu epilepsie rămân deschise și necesită în continuare studiu aprofundat și o abordare specială din partea neurologilor, obstetricienilor, pediatriilor, geneticienilor și altor medici.

Majoritatea femeilor cu epilepsie pot da naștere unui copil sănătos, dar ele se află în grupul de risc de a dezvolta complicații în timpul sarcinii și nașterii [22]. Indicațiile pentru întreruperea sarcinii în epilepsie sunt, desigur, crizele generalizate, frecvente, greu de cupat; status epilepticus, schimbările marcante de personalitate a le pacientei [18, 19, 25].

Sarcinile la femeile cu epilepsie ar trebui să fie planificate din timp, iar pentru purtarea cu succes, este nevoie de o strânsă cooperare între neurolog, obstetrician, genetician, însăși pacienta și rudele acesteia. Practic toate gravidele cu epilepsie activă sunt supuse tratamentului. Scopul principal al tratamentului medicamentos al epilepsiei este acela de a obține remisiunea bolii. Un factor important în succesul tratamentului este monoterapia cu utilizarea unei doze minime de antiepileptic [3, 27].

Dezideratul tratamentului antiepileptic este, pe de o parte, de a micșora concentrația plasmatică maximă teratogenică a medicamentului în sânge și, pe de altă parte, de a evita accesele prin reducerea substanțială a dozei de anticonvulsivant. Crizele convulsive generalizate necontrolate sunt însoțite de insuficiență hipoxico-ischemică gravă și reprezintă un pericol grav pentru viața și sănătatea mamei și a fătului. Astfel de accesese pot provoca hipoxie la făt [13]. Crizele epileptice focale fără generalizare secundară sunt considerate relativ inofensive pentru făt [18].

Având în vedere importanța acestei probleme medicale și sociale, atât la nivel internațional cât și în țara noastră, ne-am propus de a efectua un studiu retros-

pectiv al evoluției sarcinii și nașterilor la pacientele cu epilepsie.

Scopul studiului a fost de a analiza particularitățile anamnestice, debutul, forma, evoluția bolii și tratamentul anticonvulsivant la femeile gravide cu epilepsie în perioada respectivă pentru a contribui la micșorarea complicațiilor materne și perinatale.

Material și metode. Pentru a descrie fenomenul decurgerii epilepsiei, particularitățile anamnestice, debutul, forma, evoluția bolii și tratamentul anticonvulsivant la femeile gravide cu epilepsie în perioada retrospectivă a fost realizat un studiu transversal. Studiul a inclus un lot de 153 de gravide cu epilepsie care au născut la IMSP IM și C în perioada anilor 2010-2014. Vârsta gestantelor din lotul de studiu a fost cuprinsă în limitele 17- 44 ani, jumătate din ele încadrându-se în perioada de fertilitate maximă 26-35 ani, și anume 61 ($39,9 \pm 4,0\%$) gravide cu epilepsie.

Estimarea mediului de trai nu a relevat un oarecare specific pentru gravidele cu epilepsie. Din mediul rural proveneau 114 ($74,5 \pm 3,5\%$) gravide, unde screeningul și monitorizarea lor e mai defectuoasă, din mediul urban – 39 ($25,5 \pm 3,5\%$).

Analizând legătura reciprocă dintre statutul socio-economic și incidența epilepsiei, am observat o dependență directă dintre acestea, cele mai multe paciente fiind fără studii (doar studii primare) sau cu studii medii, în total 140 ($91,5 \pm 2,3\%$) paciente, numărul celor cu studii superioare fiind de doar 13 ($8,5 \pm 2,3\%$).

Conform datelor din literatura de specialitate, la femei epilepsia își face debutul mai des în copilărie și la pubertate. Instabilitatea fiziologică în adolescență și fluctuațiile hormonale ciclice conduc la perturbarea mecanismelor de protecție antiepileptice cerebrale și la apariția bolii [19, 21, 23].

Repartizarea pacientelor pe grupuri a fost efectuată în conformitate cu clasificarea perioadelor de vârstă OMS (1977): primul grup – debutul epilepsiei în timpul copilăriei (prepubertal) (1-9 ani), grupul al 2-lea – debut în adolescență (10-18 ani), al 3-lea grup – debutul în perioada postpubertală – peste 18 ani.

Datele obținute în studiul de față arată că, debutul epilepsiei a avut loc în perioada prepubertată (1-9 ani), în 32 de cazuri ($20,9 \pm 3,3\%$), în perioada pubertară (10-18 ani) – în 88 de cazuri ($57,5 \pm 4,0\%$), în perioada postpubertară – matură (>18 ani) în 31 de cazuri ($20,3 \pm 3,3\%$); în 2 cazuri ($1,3 \pm 0,9\%$) s-a constatat apariția primară a crizelor convulsive în timpul sarcinii. Rezultatele obținute sunt prezentate în figura 1.

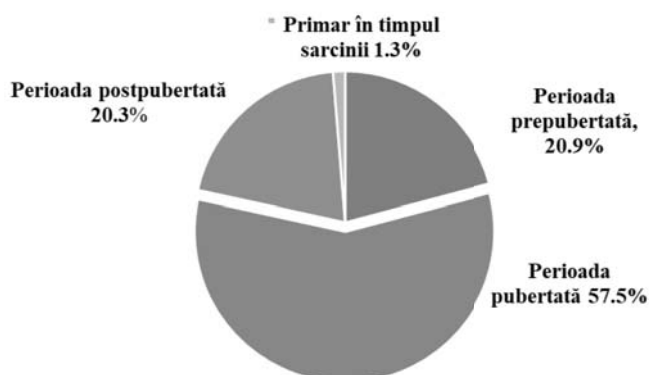


Fig. 1 Debutul epilepsiei la pacientele din lotul de bază.

Prevalență statistic-semnificativă s-a atestat în cazul pacientelor din grupul 2 – cu debutul epilepsiei la vârsta pubertății ($p < 0,001$). Aceste date confirmă importanța perioadei pubertare în apariția epilepsiei.

Studiului de față a aratat că în majoritatea cazurilor gravidele prezentau forma structurală/metabolică (simptomatică) a epilepsiei, depistată în 103 de cazuri ($67,3 \pm 3,8\%$); după structură, cele mai dese cauze fiind patologia perinatală suportată de către femei în copilărie — 15 ($14,6 \pm 3,5\%$) cazuri și traumele craniocerebrale suportate pe parcursul vieții – 15 ($14,6 \pm 3,5\%$) cazuri, care au provocat apariția crizelor convulsive. În 3 cazuri pacientele prezentau în anamneză infecții ale SNC – meningite și meningo-encefalite, în 6 cazuri – chisturi ale creierului ca rezultat al traumei craniocerebrale suportate anterior. S-a diagnosticat și câte 1 caz de tumoare a creierului, ictus ischemic și modificări structurale la RMN. În 40 de cazuri ($26,1 \pm 3,6\%$) s-a constatat forma de etiologie necunoscută (criptogenă) a epilepsiei și, cu o frecvență mai mică – forma genetică (idiopatică) – 10 cazuri ($6,5 \pm 2,0\%$), a patologiei. În 62 ($40,5 \pm 4,0\%$) de cazuri este menționată forma structurală/metabolică a epilepsiei, dar cauza nu a fost specificată.

După tipul crizelor epileptice, au prevalat pacientele cu convulsii tonico-clonice generalizate în anamneză – 120 ($78,4 \pm 3,3\%$). În restul cazurilor – 33 ($21,6 \pm 3,6\%$), s-au atestat diferite crize parțiale: simple, complexe, polimorfe, care în $57,6\%$ s-au complicat cu convulsii secundar generalizate. Din anamneză s-a constatat că la 2 paciente s-a atestat status epilepticus, înainte de sarcină.

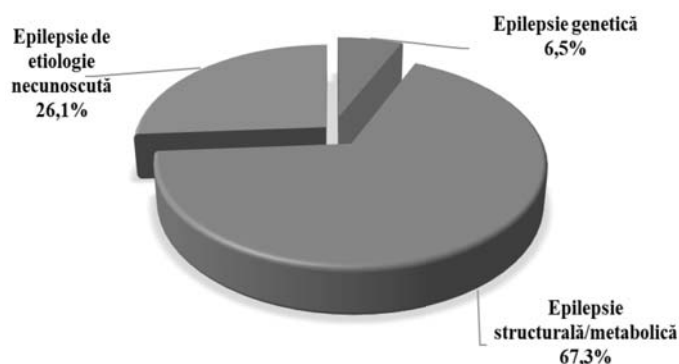


Fig. 2 Tipurile de epilepsie în lotul cercetat

La 2 paciente diagnosticul de epilepsie se manifesta prin crize jacksoniene. De obicei crize jacksoniene apar ca rezultat al substratului organic intracranial [4, 26]. În cazurile date ele se datorau chistului atretic congenital fronto-temporal.

Nu există date unice privind dinamica crizelor în timpul sarcinii în literatura de specialitate. Studiile populaționale arată că se observă creșterea frecvenței convulsiilor în 15-30% din cazuri, alte studii cu un design similar arată contrariul [8,11,12].

Întețirea convulsiilor se explică prin modificările farmacocinetice cauzate de sarcină: creșterea volumului de distribuție, eliminarea renală mai mare a anticonvulsivanților, activitatea modificată a enzimelor hepatice și scăderea nivelului proteinei în plasma sangvină. Este lansată și teoria creșterii concentrației estrogenilor—hormon proepileptogen [7, 8].

Gravitatea se apreciază după frecvența crizelor, din datele anamnestice. Frecvența crizelor se clasifică după scorul care a fost recomandat de către Liga Internațională Antiepilepsie (Seizure frequency scores – SFS): 1 – lipsa crizelor convulsive, 2 – crize sporadice (lunare sau mai rare), 3 – crize frecvente (lunare – săptămânale), 4 – crize foarte frecvente (săptămânale – cotidiene).

Datele despre frecvența crizelor până la sarcină în lotul de cercetat au evidențiat că în 41 de cazuri ($26,8 \pm 3,6\%$) accesele epileptice în această perioadă au fost dese: cotidiene, săptămânale sau lunare. În 88 de cazuri ($57,5 \pm 4,0\%$) convulsiile au fost rare, de 2-3 ori pe an, și în 23 de cazuri ($15,0 \pm 2,9\%$) – s-a atestat remisiunea patologiei neurologice de diferită durată (de la 1 până la 5 ani).

Tabelul 1

Frecvența crizelor epileptice până la sarcină și în timpul sarcinii la pacientele incluse în studiu

Frecvența crizelor	Până la sarcină	În sarcină
1. Foarte frecvente (cotidiene, săptămânale)	19($12,4 \pm 2,7\%$)	22($14,4 \pm 2,8\%$)
2. Frecvente (săptămânale, lunare)	22($14,4 \pm 2,8\%$)	21($13,7 \pm 2,8\%$)
3. Sporadice (lunare și mai rare)	89($58,2 \pm 4,0\%$)	68($44,4 \pm 4,0\%$)
4. Lipsesc (remisiunea bolii > 6 luni)	23($15,0 \pm 2,9\%$)	40($26,1 \pm 3,6\%$)
5. Debut în sarcină	-	2($1,3 \pm 0,9\%$)

Studiul nostru a relevat că rata crizelor epileptice cu frecvență mare (plure cotidiene, săptămânale sau lunare) în sarcină nu se deosebea semnificativ – 43 de cazuri ($22,1 \pm 3,4\%$), comparativ cu rata convulsiilor până la naștere – 41 de cazuri ($26,8 \pm 3,6\%$) la aceste paciente.

De menționat că majoritatea pacientelor – 59 ($38,6 \pm 3,9\%$) au avut accese epileptice rare (2-3) în timpul gravidității și 9 paciente ($5,9 \pm 1,9\%$) au suportat crize convulsive unice pe parcursul sarcinii. Din numărul total de paciente, 40 ($26,1 \pm 3,6\%$) nu au avut nici un acces pe parcursul gravidității.

În cadrul studiului s-a constatat că la 3 ($2,0 \pm 1,3\%$) din pacientele cu epilepsie travaliul s-a complicat cu apariția crizelor convulsive în cursul nașterii și în toate 3 cazuri nașterea a fost terminată prin operație cezariană în mod urgent, iar starea nou-născuților nu a fost afectată (scorul Apgar >8 puncte).

Astfel, este necesar să se acorde o atenție deosebită regimului de administrare a anticonvulsivanelor, deoarece, în unele observații, odată cu debutul sarcinii, pacientele înseși anulează sau reduc doza de medicament din cauza potențialului risc teratogen. Încetarea bruscă a utilizării anticonvulsivanelor poate fi, de asemenea, asociată cu riscul de mortalitate maternă, atingând la $3,8\%$ [1, 2].

Înlocuirea anticonvulsivanelor în timpul sarcinii fără un motiv întemeiat nu este recomandată în legătură cu riscul de eșec al remisiunii bolii. Femeile cu epilepsie în timpul sarcinii ar trebui să continue să ia medicamentul cu cea mai mare eficacitate terapeutică [3, 27].

Analizând respectarea tratamentului anticonvulsivant de către pacientele incluse în studiul nostru, am constatat că $50,3 \pm 3,6\%$ ($n=77$) au urmat tratament antiepileptic până la sarcină, iar $49,7 \pm 4,0\%$ ($n=76$) – nu.

În timpul sarcinii, $69 (45,1 \pm 4,0\%)$ de paciente nu au urmat tratament, la $23 (15 \pm 2,9\%)$ tratamentul anticonvulsivant a fost inițiat primar în sarcină. 15 paciente, ce constituie $9,8\% \pm 2,4$, au urmat tratament antiepileptic până la sarcină, dar l-au abandonat în timpul gravidității. Și numai 61 de paciente ($39,9 \pm 4,0\%$) au urmat acest tratament până la și în timpul sarcinii. Datele studiului arată că la pacientele care au urmat tratament regulat până la sarcină și în timpul ei crizele epileptice au fost sporadice sau în genere au lipsit. Dar la pacientele care au ignorat tratamentul în timpul sarcinii sau l-au abandonat pe parcurs, s-a observat creșterea frecvenței crizelor.

Din numărul gravidelor care n-au urmat tratament, $57 (82,6 \pm 4,6\%)$ nu s-au aflat în evidența medicului epileptolog sau neurolog.

Deși au fost supravegheate de un medic epileptolog și/sau psihiatru, la 8 paiente ($5,2 \pm 1,8\%$), în perioada de lăuzie precoce s-au dezvoltat crize tonico-clonice generalizate. Efectuând analiza aprofundată a

acestor cazuri, am constatat că aceste manifestări au fost consecința sindromului dolor, stresului emoțional și deprinderii de somn, condiționată de îngrijirea nou-născutului și alptările nocturne pe fond de nerespectare a tratamentului specific prescris. Astfel, putem concluziona că o importanță majoră are luarea preparatelor antiepileptice nu numai în timpul sarcinii, dar și în perioada post-partum.

Bibliografie

1. Adab N, Kini U, Vinten J, et al. The longer term outcome of children born to mothers with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75:1575-83. doi: 10.1136/jnnp.2003.029132.
2. Battino D, Tomson T, Bonizzoni E, et al. EURAP Study Group. Seizure control and treatment changes in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry. *Epilepsia*. 2013;54(9):1621-7. doi: 10.1111/epi.12302.
3. Bardy AH. Incidence of seizures during pregnancy, labor and puerperium in epileptic women: a prospective study. *Acta Neurol Scand*. 1987;75(5):356-60. doi: 10.1111/j.1600-0404.1987.tb05459.x.
4. Leonardi M., Ustun B. The global burden of epilepsy // *Epilepsia*. – 2002. – 43 (Suppl. 6). – P. 21–25.
5. Kotsopoulos I. A. et al. Systematic review and meta-analysis of incidence studies of epilepsy and unprovoked seizures// *Epilepsia*. – 2002. – 43. – P. 1402–1409.
6. Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR: Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia* 2010, 51(5):883-890.
7. O'Brien MD, Gilmour-White SK. Management of epilepsy in women. *Postgrad Med J*. 2005;81(955):278-85. doi: 10.1136/pgmj.2004.030221.
8. Pennell PB. Antiepileptic drug pharmacokinetics during pregnancy and lactation. *Neurology*. 2003Sep1;61(6Suppl2): S35-42.
9. Pilo C, Wide K, Winbladh B. Pregnancy, delivery, and neonatal complications after treatment with antiepileptic drugs. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(6):643-6. doi: 10.1080/00016340600604625.
10. Protocol clinic național. *Epilepsia la adult*. 2017.
11. Reisinger TL, Newman M, Loring DW, et al. Antiepileptic drug clearance and seizure frequency during pregnancy in women with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2013;29(1):13-8. doi: 10.1016/j.yebeh.2013.06.026
12. Richmond JR, Krishnamoorthy P, Andermann E, Benjamin A. Epilepsy and pregnancy: an obstetric perspective. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(2):371-9 doi: 10.1016/j.ajog.2003.09.020.
13. Teramo K, Hiilesmaa V. Pregnancy and fetal complications in epileptic pregnancies. In: Janz, Dam M, Bossi L, Helge H, Richens A, Schmidt D. eds. *Epilepsy, pregnancy, and the child*. New York: Raven Press; 1982. P. 53-9.

14. The EURAP Study Group. Seizure control and treatment in pregnancy. Observations from the EURAP Epilepsy Pregnancy Registry. *Neurology*. 2006;66:353-60. doi: 10.1212/01.wnl.0000195888.51845.80.
15. Vajda FJ, Hitchcock A, Graham J, et al. Seizure control in antiepileptic drug-treated pregnancy. *Epilepsia*. 2008;49(1):172-6. doi: 10.1111/j.1528-1167.2007.01412.x.
16. Власов П.Н. Беременность при эпилепсии, проблемы и перспективы // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2011. – № 4. – С. 45–46. [Vlasov PN. Beremennost' pri jepilepsii, problemy i perspektivy. Jepilepsija i paroksizmal'nye sostojanija. 2011;(4):45-6. (In Russ.)]
17. Власов П. Н., Серова О. Ф., Меньшикова Н. С. Особенности функции яичников у больных эпилепсией // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 4. – С. 40–44.
18. Власов П.Н. Планирование и ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией. – 2004. [Vlasov PN. Planirovanie i vedenie beremennosti u zhenshin, stradajushih jepilepsiej. 2004. (In Russ.)]
19. Власов П.Н. Эпилепсия у женщин: клинические, электрофизиологические, гормональные и терапевтические аспекты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2001.
20. Громов С. А. Контролируемая эпилепсия. – Санкт-Петербург. – 2004. – 301 с.
21. Детская гинекология. Справочник / Под ред. Маркина Л. Б., Яковлевой Э. Б. – Киев. – Знание. – 2004. – 474 с.
22. Дмитренко Д.В., Шнайдер Н.А., Егорова А.Т., и др. Эпилепсия и беременность: монография. – М.: Медика, 2014. – 142 с. [Dmitrenko DV, Shnajder NA, Egorova AT, et al. Jepilepsija i beremennost'. Moscow: Medika; 2014. (In Russ.)]
23. Железнова Е. В., Соколова Л. В., Земляная А. А. О взаимосвязи эпилепсии и репродуктивной дисфункции у женщин. //Современные проблемы психиатрической эндокринологии. – М. – 2004. – 196 с.
24. Информационный бюллетень ВОЗ №999 2012.
25. Карлов В.А., Адамян Л.В., Жидкова И.А. Эпилепсия и материнство. Журн Новая Аптека 2009; 3: 89-93.
26. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. М: Медицина 2010.
27. Карлов В.А., Власов П.Н., Краснопольский В.И., Петрухин В.А. Терапевтическая тактика при эпилепсии во время беременности: Методические указания № 2001/130. – М., 2001. – 15 с.
28. Незнанов Н. Г., Громов С. А., Михайлов В. А. Эпилепсия. Качество жизни, лечение. – СПб. – 2005. – 293 с.

© Silvia Agop, Olga Cernetchi, Zinaida Sârбу, Constantin Ostrofeț, Irina Sagaidac, Tatiana Armaș

Silvia Agop, Olga Cernetchi, Zinaida Sârбу, Constantin Ostrofeț, Irina Sagaidac, Tatiana Armaș
PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI ȘI CONDUITA LĂUZELOR
CU BOALA INFLAMATORIE PUERPERAL-SEPTICĂ
USMF "Nicolae Testemițanu" Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 2

SUMMARY

**EVOLUTION PARTICULARITIES AND CONDUCT IN POSTPARTUM FEMALES
 WITH PUERPERAL-SEPTIC INFLAMMATORY DISEASE**

Key words: pelvic inflammatory disease, postpartum females, optimization, diagnostic, treatment.

Actuality: *one of the first places in maternal mortality structure is occupied by puerperal- septic inflammatory disease, being situated after hemorrhages and hypertensive states. Statistics of developed countries with good quality of health care do not show maternal mortality by infection or puerperal-septic infection (Willson, 1987). Maternal mortality due to septic complications was analyzed by researchers from our country during the 1990-2005 period and the incidence was ranged between 12.3 to 18.1%. The morbidity structure in puerperal – septic inflammatory disease has changed in the last years, due to increased rate of cesarean surgery, microbial virulence and aggression, and antimicrobial resistance. As a result, a rapid diagnostic, conservative and effective treatment method and prompt surgical treatment are required.*

The aim of the study: to study the particularities of clinical evolution of puerperal - septic inflammatory disease and to optimize diagnostic and treatment methods.

Materials and Methods: a retrospective study was performed in 2017. It includes 301 postpartum females with puerperal-septic inflammatory disease, who were hospitalized in Septic Gynecology Department from IMSP SCM No. 1.

Results and conclusions: by assessment it was determined that 73% of postpartum females included in this study had obstetrical - gynecological and extra genital pathologies during pregnancy. It may explain the puerperal - septic inflammatory disease association in this patients group. According to data results of this study, a severe form of puerperal - septic inflammatory disease was recorded in 11 (3,6%) of cases and radical surgery was performed. Placental retention based endometritis prevailed. The research results determined laparoscopy as the early and timely diagnosis method that permitted in 26 (6,6%) of cases prompt decisions concerning the surgery volume. In postpartum pelvioperitonitis, organomenajant treatment with the preservation of the uterus and of the reproductive function in the future was possible in 22 cases (7.3%), due to studying the laparoscopic approach and the use of the transabdominal drainage technique. According to the statistics, it is gladdening that the puerperal - septic disease incidence decreased in the last years, being rarely encountered the severe form. Due to laparoscopy as a early method of diagnosis, a surgery with uterus preservation is possible.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ И ВЕДЕНИЕ РОЖЕНИЦ С ПУЕРПЕРАЛЬНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ключевые слова: пуерперально-септическая воспалительная болезнь роженицы, оптимизация, диагностика, лечение.

Актуальность: одно из первых мест в структуре материнской смертности занимает пуерперально-воспалительная болезнь, следом за кровотечениями и поздним гестозом. Статистика развитых стран с высоким качеством жизни не регистрирует показатели уровня смертности от пуерперально-септической болезни (Willson, 1987). Материнская смертность из-за септических осложнений после родов изучалась учеными из нашей страны в период с 1990 по 2005 годы, и уровень смертности варьируется от 12.3 до 18.1 %. Структура заболеваемости от пуерперально-септической болезни изменилась за последние годы из-за увеличения числа кесарева сечения, микробной агрессии и устойчивости к микробам. В результате чего в таких случаях требуется быстрая диагностика, консервативные и эффективные методы лечения, а также соответствующее хирургическое лечение.

Цель работы: изучение особенностей клинической эволюции, оптимизация диагностики и лечения рожениц с пуерперально-септической воспалительной болезнью.

Материалы и методы: ретроспективная научная работа, проведенная на протяжении 2017 года. Она включает в себя 301 женщину после родов с пуерперально-воспалительной болезнью, которые были госпитализированы в Отделение Гнойной Гинекологии Первой Муниципальной Больницы №1.

Результаты и заключение: на основе этой научной работы было выявлено, что 73% женщин после родов имели акушерско - гинекологическую и экстра генитальную патологии на протяжении беременности. Это и объясняет присутствие пуерперально- воспалительной болезни у пациентов в этой группе. Согласно результатам исследования, тяжелые формы пуерперально-воспалительной болезни были выявлены в 11 случаях (3,6 %) и была проведена радикальная хирургическая операция. Преобладали случаи эндометрита, возникшие из-за остатков плаценты.

Результаты исследования показали, что лапароскопия является ранним и уместным методом диагностики, который позволил в 26 случаях (6,6 %) принять быстрые решения относительно объема операции. В лечении послеродового пелвиоперитонита сохранение матки и репродуктивной функции в будущем стало возможным в 22 случаях (7,3 %) благодаря лапароскопическому методу и использованию трансабдоминальной дренажной техники.

Согласно статистике, радует тот факт, что за последние годы уменьшилось число случаев пуерперально-воспалительной болезни, тяжелые формы болезни появлялись реже. Благодаря лапароскопии, как раннему методу диагностики, и хирургическому лечению стало возможным сохранение матки.

Cuvinte-chie: boală inflamatorie puerperal septică, lăuze, optimizare, diagnostic, tratament.

Actualitatea: Boala inflamatorie puerperal septică ocupă în structura mortalității materne, unul din primele locuri după hemoragii și stări hipertensive, cu o incidență ce variază de la 5 la 29%, după diferiți

autori. O metaanaliză efectuată de OMS pe parcursul a 23 de ani plasează sepsisul obstetrical pe locul trei, cu incidența de 11%. (fig. 1)

Statistici importante ale țărilor dezvoltate, cu o asistență medicală de calitate, nu mai consemnează cazuri de mortalitate maternă prin infecție, sau in-

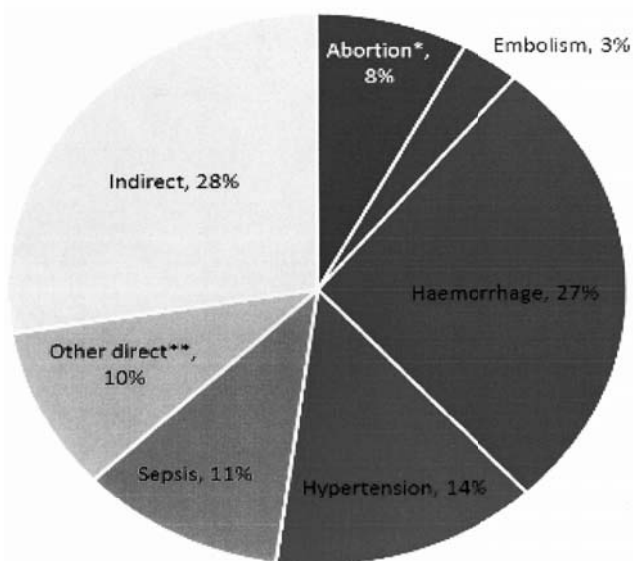


Fig.1 OMS- Cauzele mortalității materne : 1990 to 2013. OMS Press, 2014

fecția puerperal-septică este pe ultimul loc (Willson 1987). Datele bibliografice ne permit să menționăm că cercetătorii autohtoni au analizat mortalitatea maternă cauzată de boala puerperal-septică în perioada anilor 1990-1999 și au apreciat incidența de 12,3% (Roșca P. 2001). Un alt studio, efectuat în 2000-2005, plasează mortalitatea maternă pe locul doi, cu tendință de creștere și estimează o incidență de 18,1% (Friptu V., Metaxa I., 2005). Rezultatele analizei mortalității materne în ultimii 5 ani au constatat că letalitatea în stările septice este mare din următoarele motive: diagnosticul este stabilit tardiv, terapia intensivă nu este adecvată și tratamentul chirurgical este efectuat cu întârziere.

Descoperirea antibioticelor a dat o falsă siguranță în ceea ce privește profilaxia și eradicarea infecției, au apărut germeni iatrogeni rezistenți la antibioterapia uzuală. Antibiotoprofilaxia trebuie să fie scurtă, înainte de actul chirurgical cu un antibiotic de spectru larg.

Factorii de risc se amplifică prin tergiversarea rezolvării unor complicații în travaliu (travaliu prelun-

git, ruperea prematură de membrane, tacte vaginale multiple), sterilizări defectuoase și deficiențe de tehnică operatorie (suturi ischemiante, traumatisme tisulare întinse, delabrări). În ultimii ani s-a, modificat structura morbidității bolii puerperal-septice datorită creșterii incidenței operației cezariene, virulenței și agresivității microbiene, antibioretistenței, factori ce impun un diagnostic rapid, metode de tratament conservatoare eficiente și tratament chirurgical prompt.

Scopul studiului: constă în studierea particularităților evoluției clinice a bolii inflamatorii puerperal-septice și optimizarea metodelor de diagnostic și tratament.

Material și metode: Studiul este de tip retrospectiv și a fost efectuat în anul 2017, pe un lot de 301 lăuze diagnosticate cu boala inflamatorie puerperal-septică, internate în secția Ginecologie septică a IMSP SCM, nr.1.

Analiza datelor s-a realizat în baza unor anchete elaborate pentru studiul sus numit. Datele extrase din fișele medicale au fost prelucrate utilizând programele: Statistica 6.0 (Statsoft Inc), EXCEL, EPI-Info 2004 și SPSS 16.0 (SPSS Inc), cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe.

Rezultate și discuții: Analiza minuțioasă a fișelor medicale ne-a permis să estimăm că, din 301 lăuze internate în secția ginecologie septică, 75 (24,9%) cazuri erau după operația cezariană și 226 (75,0%) cazuri, după nașterea per vias naturalis. Diagnosticul de patologie septico-purulentă post-partum a fost stabilit în baza datelor examenelor: clinic – sindrom febril, dureri pelviene, secreții patologice vaginale, subinvoluția uterului, paraclinic – leucocitoză, devierea formulei sangvine și instrumental – USG, radiologic.

Vârsta lăuzelor incluse în studiu cuprinsă între 17 și 43 de ani, în medie $28 \pm 1,2$ ani. Analizând evoluția sarcinii la aceste paciente, am stabilit că în 95% cazuri gravidele s-au aflat în evidența medicului de familie. Conform parității, am determinat, că primipare erau în 62% și multipare 38% cazuri.

A fost studiată incidența bolii inflamatorii puerperal-septice raportată la conform Centrele Perinatologice din republică, unde s-au concentrat majoritatea nașterilor și am obținut următoarele date (tab 1).

Tabelul 1.

Incidența bolii inflamatorii-puerperal septice conform Centrelor Perinatologice

IMSP SCM 1			Centrul Mamei și Copilului	Maternitatea nr.2	Raioanele republicii
Secția obs.1	Secția obs.2	Secția obs.3			
NPN 45(14,9%)	NPN 31(10,2%)	NPN 84(27,9%)	NPN20(6,6%)	NPN5(1,6%)	NPN 41(13,6%)
OC 16(21,3%)	OC 5(6,6%)	OC 13(17,3%)	OC 17(22,6%)	OC 5(6,6%)	OC 19(25,3)

Rezultatul studiului efectuat a evidențiat la majoritatea lăuzelor o anamneză obstetrical-ginecologică agravată: avorturi medicale în 201(66,7%) cazuri, avorturi spontane în 84(27,9 %) cazuri, operații ce-

zariene în anamneză 28(9,3%), TORCH infecții 34(11,2%). Studiind evoluția sarcinii prezente, am determinat următoarele nosologii: iminență de întreprindere a sarcinii în 106(35,2%) cazuri, gestoza pre-

coce în 24(7,9%) cazuri, stări hipertensive 10(3,3%) cazuri, anemie feriprivă 46(15,2%) cazuri, pielonefrita acută în 38(12,6%) cazuri, boala varicoasă a membrilor inferioare 24(7,9%) cazuri. Studiul modalității de terminare a sarcinii și a arătat că, din 301 lăuze cu boala inflamatorie puerperal-septică 226(75,0%) au născut PVN și 75 (24,9%) prin operație cezariană.

În NPN complicată cu suferință fetală hipoxică, nașterea s-a terminat prin aplicare de forceps în 5(1,6%) cazuri și de ventuză obstetricală în 28(12,3%) cazuri. Operația cezariană în mod urgent s-a efectuat în 5(68%) cazuri și la rece în 24 (32%) cazuri. Drept indicație pentru operația cezariană au servit: uter cicatricial 28 (37,3%) cazuri, hipoxia acută 11(14,6%) cazuri, decolarea placentei normal inserate 6(8%) cazuri, placenta praevia 5(6,6%)cazuri, stări hipertensive 4(5,3%) cazuri, prezența incorectă 9 (12%) cazuri, patologia extragenitală 12 (16%) cazuri.

Unul din obiectivele cercetării a fost de a aprecia evoluția clinică a bolii inflamatorii puerperal-septice la lăuzele incluse în studiu. În urma analizei datelor am stabilit morbiditatea prin infecții puerperal-septice și incidența patologiilor. (tab. 2).

Tabelul.2

Clasificarea morbidității infecției puerperal-septice la lăuzele incluse în studiu

Nosologii	Oparație cezariană	NPN
1. Sepsis	4 (5,3%)	2(0,8%)
2. Peritonită difuză	1(1,3%)	0
3. Pelvioperitonită	4(5,3%)	5(2,2%)
4. Dehiscenta plăgii pe uter		-
- totală	- 4(5,3%)	
- parțială	- 4(5,3%)	
5. Supurarea plăgii postoperatorii	26(34,6%)	-
6. Endometrită post-partum	70(93,3%)	206(91,1%)
7. Pielonefrită acută	6(8%)	8(3,5%)
8. Pneumonie	5(6,6%)	4(1,76%)
9. Bronșită acută	3(4%)	5(2,2%)
10. Pleurezie	2(2,6%)	3(1,3%)
11. Artrită reactivă	0	1(0,4%)
12. Diabet zaharat tip I	0	1(0,4%)
13. Dehiscenta plăgii pe perineu	-	12(5,3%)
14. Fistulă recto-vaginală	-	2(0,8%)
15. Hematom vaginal	-	1(0,4%)
16. Mastită infiltrativă/purulentă	4(5,3%)	12(5,3%)
17. Piosalpinx	-	2(0,8%)
18. Colpită	5(6,6%)	21(9,2%)
19. Flebotromboză	5(6,6%)	4(1,76%)

Studiind minuțios nosologiile lăuzelor cu infecție puerperală, am constatat prezența endometritei post-

partum la pacientele după NPN în 206(91,1%) cazuri, inclusiv retenții placentare s-au apreciat în 196(86,7%) cazuri, care s-au rezolvat prin efectuarea chiretăjului uterin, cu intubarea uterului prin aplicarea unui tub de silicon pentru deranj, fixat de colul uterin, în 21(9,2%) cazuri endometrita purulentă s-a condus conservator prin aplicarea terapiei antibacteriene.

La lăuzele internate după operație cezariană endometrita s-a apreciat în 70(93,3%) cazuri, inclusiv în 51(68%) cazuri endometrita a fost pe fond de retenții uterine și s-a efectuat chiuretaj uterin, și în 19(25,3%) cazuri s-au diagnosticat endometrite purulente care au fost conduse conservator.

Forme severe ale bolii puerperal-septice au fost înregistrate în 11(3,6%) cazuri, inclusiv: peritonita difuză - 1(0,3%) caz, insuficiența totală a suturilor pe uter 4(0,9%) cazuri și în 6 (1,9%) cazuri sepsis. Datele literaturii de specialitate autohtonă evidențiază o incidență în medie de 12% a formelor grave de boală inflamatorie puerperal-septică. Estimând datele obținute în studiu, este îmbucurător faptul că patologiile severe puerperal-septice sunt în diminuare, constituind 3,6%.

În baza rezultatelor studiului am determinat o durată medie a tratamentului de 7±1,4 zile pat, care depinde de gravitatea nosologiilor și de evoluția clinică a bolii.

Conform datelor literaturii de specialitate, constatăm că spectrul agenților patogeni s-a modificat, predomină infecția mixtă și s-a majorat ponderea infecției virale. Ca rezultat, forma infecției obstetricale este mai complexă, manifestările clinice mai perfide, factorii favorizanți multipli și terenul modificat. Vom menționa că deocamdată, în clinică nu există posibilitatea de diagnostic al infecției anaerobe neclostridiene și virale, tratamentul medicamentos fiind administrat empiric.

Datele cercetării de față arată că s-au folosit două metode de diagnostic al microorganismelor patologice: bacterioscopică și bacteriologică. Au fost prelevate culturi din vagin, plaga postoperatorie, cavitatea abdominală, cu determinarea următorilor agenți patogeni (tab.3).

Rezultatele cercetării au determinat că cei mai frecvenți agenți patogeni depistați în cazul bolii puerperal-septice la lăuze au fost E. coli și Klebsiela, iar teste pentru diagnosticul infecției anaerobe neclostridiene și virale nu s-au efectuat.

Principiile fundamentale ale strategiei curative în cazul bolii inflamatorii puerperal-septice includ utilizarea terapiei antibacteriene, terapiei de dezintoxicare, uterotonice și simptomatice. Studiind tratamentul conservator administrat la lăuzele incluse în studiu am stabilit: terapie de infuzie cu sol. NaCl 0,9% , sol. Glucoză 5% s-au efectuat în 225 (59,8%) cazuri, antibiotice s-au administrat în 301–(100%) cazuri, tratament antiinflamator în 180 (47,8%) cazuri, uterotonice 275(91,3%) cazuri.

Tabelul.3

Agenții patogeni determinați la paciențele cu boala inflamatorie puerperal-septică

Agenți patogeni	Operație cezariană	NPN
Stafilococ auriu (Gram +)	9(12%)	34(11,2%)
Stafilococ epidermal	7(9,3%)	29(9,6%)
Str. hemolitic	1(1,3%)	17(5,6%)
Str. grup B	2(2,6%)	24(7,9%)
Enterococ	13(17,3%)	87(28,9%)
E. colli	34(45,3%)	134(44,5%)
Ps. aeruginosa	3(4%)	8(2,6%)
Klebsiela	16(21,3%)	68(22,9%)
Gonococi	1(1,3%)	8(2,6%)
Trihomonade	3(4%)	15(4,9%)
Chlamidii trahomatis	0	0
Ureaplasme/micoplasme	0	0
Anaerobi neclostridieni (peptostreptococi)	0	0
Virusi(HVS)	2(2,6%)	5(1,6%)

Antibioterapia prevede administrarea preparatelor cu spectru larg de acțiune (peniciline, cefalosporine, aminoglicozide), combinate cu preparate antiaerobe (metronidazol), reieșind din etiologia mixtă a infecției cu asociere de aerobi/anaerobi. Schemele combinate de antibiotice pot fi modificate în dependență de rezultatele antibiogramei. Preparatele uterotonice au efect benefic asupra uterului – locul cu rezistență minoră în cazul bolii inflamatorii puerperal-septice.

Rezultatele cercetării au evidențiat la lăuzele cu boala inflamatorie puerperal-septică următoarele intervenții chirurgicale (tab. 4).

Tabelul 4

Clasificarea intervențiilor chirurgicale efectuate la paciențele incluse în studiu

Intervenții chirurgicale	Operație cezariană	NPN
Histerectomii totale	4(5,3%)	2(0,6%)
Laparoscopii curativ-diagnostice	8(10,6%)	18 (3,9%)
Chiuretaje uterine	51(68%)	196(65,1%)
Tratarea chirurgicală a plăgii postoperatorii	25(33,3%)	-
Apendicectomie	1(1,3%)	1(0,3%)
Aplicarea suturilor secundare	18(24%)	-
Tratarea chirurgicală a mastitei	7(9,3%)	12(3,9%)

Tratamentul chirurgical efectuat a inclus abord laparotomic cu extirpația uterului în 6(1,9%) cazuri de sepsis puerperal, inclusiv 2(0,6%) cazuri după NPN și 4(1,3%) cazuri după operația cezariană.

Un loc aparte deține abordul laparoscopic, efectuat în 26(8,6%) cazuri, din ele în 8 (2,6%) cazuri s-a diagnosticat insuficiența suturilor pe uter, în 4(1,3%) cazuri, dehiscența tranșei pe uter a fost parțială și a permis volumul intervenției prin drenare și lavaj al cavității abdominale, cu păstrarea uterului, în celelalte 4(1,3%) cazuri s-a depistat la laparoscopie dehiscența totală cu formare de abces al plăgii pe uter și s-a recurs la extirpația de organ. Ulterior, în 2 (0,6%) cazuri s-a depistat apendicita acută flegmonoasă și s-a recurs la apendicectomie. În alte 9(2,9%) cazuri s-a diagnosticat pelvioperitonită, de asemenea 1(0,3%) caz de peritonită difuză, și 6 (1,9%) cazuri de sepsis puerperal. Abordul laparoscopic organomenajant a fost posibil în 22 (7,3%) cazuri, și a permis păstrarea funcției menstruale și reproductive pe viitor la aceste paciente. Conduita postoperatorie la aceste paciente a necesitat o supraveghere și vigilență sporite pentru a preveni dezvoltarea complicațiilor iar în caz de agravare sau evoluție stagnată s-a efectuat tratament chirurgical rapid și prompt.

Concluzii:

1. Datele obținute în studiu evidențiază că la 73% din lăuzele investigate sarcina a decurs pe fond de anamneză obstetrical-ginecologică complicată și patologie extragenitală, fapt ce explică asocierea bolii inflamatorii puerperal-septice la acest contingent de paciente.

2. Conform rezultatelor obținute putem menționa că forme grave ale bolii inflamatorii puerperal-septice s-au înregistrat în doar 11 (3,6%) cazuri, rezolvate prin operații radicale și au predominat endometritele pe fond de retenții placentare.

3. Rezultatele cercetării au arătat că metoda endoscopică a permis un diagnostic precoce și oportunitate asigurând acțiuni și decizii prompte referitoare la volumul intervenției chirurgicale în 26(8,6%) cazuri.

4. Abordul laparoscopic și utilizarea tehnicii de drenaj transabdominal în cazul pelvioperitonitei postpartum la 22 (7,3%) lăuze a permis conduita tratamentului organomenajant, cu păstrarea funcției menstruale și reproductive.

5. Este îmbucurător faptul că, în ultimii ani, a scăzut incidența bolii puerperal-septice, mai rar se întâlnesc forme grave, iar datorită unui diagnostic precoce prin utilizarea metodei laparoscopice a devenit posibil tratamentul chirurgical cu păstrarea uterului.

Bibliografie:

1.Cernețchi O., Cojocaru V., Sârbu Z., Ostrofeț C., Agop S., Sagaidac I. ș. a., Sepsisul și șocul septic în obstetrică și ginecologie, Protocol Clinic Național, Chișinău 2016, 25 p.

2.Cernețchi O., Sârbu Z., Sepsisul în obstetrică și ginecologie. Monografie. Chișinău., 2014, 126 p.

3. Friptu V., Metaxa I., Cernețchi O., ș. a., Afecțiunile purulento-septice în obstetrică. Chișinău 2005, 376 p.
4. Luca V., Editoriale. Sinteze. Idei. Brașov, 2008, 238 p.
5. Daraselia M., Particularitățile evoluției clinice și structura formelor celulare sangvine în sepsisul obstetrical-ginecologic. Autoreferat., Bacu 2007, 20 p.
6. Niconov A., Anchirșcaia A., Abordări noi în tratamentul endometritei post-partum., Obstetrică și Ginecologie, Moscova 1999, 35-38p.
7. Hatabe M., Tabloul clinic-ecografic al endometritei

- după operație cezariană. Diagnosticul și conduita., Autoreferat. Moscova 1994, 21p.
8. Gladun E., Ețco L., Poclitaru M., ș. a. Operația cezariană în obstetrica contemporană. Monografie. Chișinău 2007, 223p.
9. Luca V. Infecția puerperală., 1994, 267p.
10. Bone M. et. Al., Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/CCM Consensus Conference Committee. American College of Chest of Physicians/Society of Critical Care Medicine. 1992, (Pub. Med).

© Olga Cernețchi, Silvia Agop, Zinaida Sârbu

Olga Cernețchi, Silvia Agop, Zinaida Sârbu
INFECȚIA HERPETICĂ ASIMPTOMATICĂ LA GINECOPATE
 USMF "Nicolae Testemițanu" Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 2

SUMMARY

ASYMPTOMATIC HERPES INFECTION AT WOMEN

Key words: asymptomatic herpes infection, women, dysuria, hyperpolimenory, Uviromed.

Actuality: *Herpes infection level increasing in the last 10 years is connected with asymptomatic non-diagnostic form. According to multiple references, asymptomatic herpes infection (AHI) ranges from 42 to 68% and remains difficult to diagnose due to the lack of characteristic herpetic eruptions. Evolution of AHI at women is instable, clinical symptoms frustrated, and in these cases symptoms are similar with symptoms of other pathologies. Herpes simplex virus persists in sacral ganglia, it can affect bladder and uterus nerves and clinically manifests by: inguinal lymphadenopathy, dysuria, hyperpolimenory, pseudo flu, aqueous leucorrhea, acute urinary retention. AHI diagnosis is difficult because clinical signs are obscure, and the patients were frequently given symptomatic treatment. According to the special literature, antiviral therapy remains the medication of choice in AHI.*

Objective of the study. *Determination of the most frequent clinical manifestations of AHI at women and therapeutic approach in these cases.*

Materials and methods. *Prospective study over 2 years (2016-2017) in the IMSP SCM No.1 based on the analysis of 67 clinical cases of women diagnosed with AHI. Diagnosis was established by assessing antiherpes IgM and IgG, positive polymerase chain reaction permit to find viral AND and avidity test. Treatment administered: Tab. Uviromed 500 mg 2 times per day, 5-10 days.*

Results and conclusions: *According to the data obtained in the study, these 67 women with AHI were between 18 and 47 years old (39,2 ± 2,8). The clinical signs had the following structure: dysuria was placed first with an incidence of 20 (29,8%) cases, then hyperpolimenory with 19 (28,3%) cases, inguinal lymphadenopathy was assessed in 10 (14,9%) cases, pseudo flu was estimated in 8 (11,9%) cases, aqueous leucorrhea in 13 (19,4%) cases, and 1 case (1,4%) of acute urinary retention. Clinical signs decreased after antiviral treatment within 2-8 days (average 4-5 days). Dysuria and hyperpolimenory remain the basic clinical sign of asymptomatic forms of genital herpes. Therapeutic efficacy was estimated as a result of antiviral therapy: tab. Uviromed, resulting in cessation of signs in 4-5 days.*

АСИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН

Ключевые слова: асимптоматическая герпетическая инфекция, женщины, дизурия, гиперполименорея, Увиромед

Актуальность: Уровень герпетической инфекции вырос во много раз за последние 10 лет, это связано с распространением асимптоматических и недиагностированных форм. Согласно последним материалам по АГИ (асимптоматическая герпетическая инфекция), процент распространения этой болезни варьируется от 42-68% и она остается трудно диагностируемой из-за отсутствия герпетических высыпаний. Развитие АГИ у женщин волнообразное, клиническая картина неясная, клинические симптомы похожи на проявления других патологий. Простой вирус герпеса накапливается в сакральных ганглиях и может поразить нервы мочевого пузыря и матки, клинически проявляется: дизурия, гиперполименорея, ингинальная лимфоденопатия, псевдогриппальный синдром, водянистые выделения, острая задержка мочеиспускания. Диагностика АГИ сложная из-за неясной клинической картины, и чаще всего пациентам выписывают симптоматическое лечение. По данным специализированной литературы противовирусное лечение АГИ остается элективным методом лечения.

Цель работы: изучение самых распространенных проявлений АГИ у женщин и терапевтическое лечение в этих случаях.

Материалы и методы: научная проспективная работа, проведена на протяжении двух лет (2016-2017) в Первой Муниципальной Больнице №1, на основе анализа 67 клинических случаев у женщин с АГИ. Диагноз был поставлен после определения антигерпетических IgM и IgG, цепной положительной полимеразной реакции, позволяющей определить вирусный ДНК и тест на авидность. Антивиральное лечение было проведено таблетками Увиромед 500 мг, 2 раза в день, в течение 5-10 дней.

Результаты и заключение: Согласно данным, полученным в результате исследования, 67 женщин с АГИ имели возраст между 18 и 47 годами ($39,2 \pm 2,8$). Клиническая картина имела следующую структуру: на первом месте дизурия в 20 (29,8%) случаях, следом гиперполименорея в 19 случаях (28,3%), ингинальная лимфоденопатия в 10 случаях (14,9%), псевдогриппальный синдром в 8 случаях (11,9%), водянистые выделения в 13 случаях (19,4%) и один случай (1,4%) острой задержки мочеиспускания. Клиническая картина улучшилась после антивирального лечения через 2-8 дней (в среднем 4-5 дня). Дизурия и гиперполименорея были основными клиническими проявлениями асимптоматической герпетической инфекции у женщин. Эффективность терапевтического лечения была достигнута при помощи антивиральной терапии с применением препарата Увиромед, что привело к уменьшению клинических симптомов за 4-5 дней.

Cuvinte cheie: infecție herpetică asimptomatică, ginecopate, disurie, hiperpolimenoree, Uviromed.

Actualitate. Herpesul viral simplu este un virus ubiguitar, infectează marea majoritate a populației în prima parte a vieții, persistă latent, formă de la care are loc reactivarea infecției recurente. Estimările bibliografice conchid că HVS are capacitate de infectare, superinfectare și poate trece din forma latentă în cea infecțioasă indiferent de prezența sau absența erupțiilor. Conform datelor literaturii de specialitate, infecția herpetică asimptomatică (IHA) variază între la 42-68% și rămâne dificil de diagnosticat din cauza absenței erupțiilor herpetice caracteristice.

IHA este cauzată de HVS tip1 și tip 2, care este un virus neurotrop, cu efect citopatic, persistă în ganglionii sacrali. Începutul bolii este acut, cu apariția semnelor de prodrom: sindrom pseudogripal, mialgii, limfadenopatie locală. Virusul herpes simplex poate afecta nervii vezicali, uterini și clinic se manifestă prin: disurie, hiperpolimenoree, leucoree apoasă, retenție acută de urină. Acuzele prezentate de paciente și tabloul clinic sus numit deseori se includ în simptomatologia altor patologii urologice și ginecologice și un diagnostic diferențial necesită multă prudență,

iar stabilirea unui diagnostic definitiv este anevoiasă și frecvent nedefinită.

Referințele bibliografice estimează că afectarea nervilor vezicali de către HVS și persistența îndelungată în ganglionii nervoși poate duce la dezvoltarea disuriei. Vezica neurogenă se referă la disfuncția vezicii urinare ca urmare a unei tulburări a sistemului nervos periferic cauzată de herpes virus simplex și clinic se manifestă prin retenție acută de urină, așa numitul sindrom Elsberg.

Corey și colab. au determinat că hiperpolimenoreea, stabilită la ginecopatele cu IHA, se explică prin afectarea de către virusul herpes simplex a nervilor uterini, în special a fibrelor simpatice, și inhibarea receptorilor alfa duce la scăderea funcției de contracție a uterului.

Tradicarea completă a infecției herpetice nu este posibilă datorită cantonării HVS la nivelul ganglionilor nervoși și tratamentul antiviral rămâne medicația de elecție în IHA. Terapia antivirală are drept scop diminuarea tabloului clinic și micșorarea frecvenței recidivelor. Spectrul preparatelor antivirale nu este extrem de larg, nucleozidele aciclice alcătuiesc 80% din preparatele antivirale utilizate. Piața farmaceutică autohtonă dispune de preparatul Aciclovir la un preț

accesibil, dar el face parte din prima generație de antivirale cu posibila dezvoltare a rezistenței. Preparatele antivirale noi valaciclovir asigură scheme comode de administrare. În cadrul studiului pacientelor li s-a administrat preparate ce conțin ca substanță activă valaciclovir, preparatul comercial tab. Uviromed.

Scopul lucrării. Elucidarea celor mai frecvente manifestări clinice în IHA la ginecopate și atitudinea terapeutică în aceste cazuri.

Material și metode. Studiu prospectiv pe parcurs la 2 ani (2016-2017) în cadrul IMSP SCM nr.1, în baza analizei a 67 cazuri clinice ale ginecopatelor diagnosticate cu IHA. Diagnosticul s-a stabilit prin aprecierea IgM și IgG antiherpetice, în baza reacției de polimerizare în lanț pozitive ce a permis detectarea ADN-ului viral și a testului la aviditate. Tratamentul antiviral administrat s-a efectuat cu Tab. Uviromed 500 mg de 2 ori pe zi, 5-10 zile.

Rezultate și discutii. Ginecopatele incluse în studiu acuzau pe parcurs de mai mulți ani un tablou clinic obscur, multiple adresări la medicul de familie, la ginecolog, urolog, și deseori, absența unui diagnostic definitiv cert. Aceste paciente au beneficiat cel mai frecvent de un tratament simptomatic, deseori fără efect și cu recidive frecvente.

Cercetarea efectuată a estimat la femeile incluse în studiu, scăderea vădită a calității vieții, imposibilitatea integrării în societate și creșterii profesionale.

Conform datelor obținute în prezentul studiu, cele 67 ginecopate cu IHA, aveau vârsta cuprinsă între 18 și 47 ($39,2 \pm 2,8$) ani. Rezultatele investigațiilor au evidențiat la majoritatea lăuzelor o anamneză obstetrical-ginecologică agravată: avorturi medicale în 52 (77,6%) cazuri, avorturi spontane în 48 (71,6%) cazuri, dereglări menstruale de diversă etiologie 28 (41,7%), TORCH infecții 34 (50,7%).

Majoritatea pacientelor incluse în studiu semnalau acuze de disurie și senzație de tensiune în timpul urinării, au fost examinate de medicul urolog și s-au exclus infecțiile urinare și sexual transmisibile și patologia organică urologică. Disuria a fost plasată pe primul loc, cu o incidență de 20 (29,8%) cazuri. Rezultatele cercetării au determinat în 19 (28,3%) cazuri hiperpolimenoree, un flux menstrual majorat ca durată și cantitate, după excluderea patologiei organice și funcționale legată de ciclul menstrual. Aceste paciente în 12 (58,3%) cazuri erau anemizate și au necesitat tratament cu preparate cu conținut de fier. Estimând rezultatele cercetării, am determinat că majoritatea pacientelor prezentau asociere de semne clinice: limfadenopatie inghinală a fost apreciată în 10 (14,9%) cazuri, sindrom pseudogripal s-a estimat în 8 (11,9%) cazuri, leucoree apoasă în 13 (19,4%) cazuri. Literatura de specialitate relatează în formele grave de herpes genital sindrom Elsberg, care se manifestă prin retenție acută de urină. În lotul de paciente investigat a fost apreciat 1 caz de sindrom Elsberg.

Cele mai frecvente semne clinice la ginecopatele incluse în studiu, au avut următoarea structură (tab. 1).

Tabelul.1

Semnele clinice în IHA la ginecopate

Număr	Denumirea semnului clinic	Incidența
1	Disurie	20(29,8%)
2	Hiperpolimenoree	19(28,3%)
3	Leucoree apoasă	13(19,4%)
4	Limfadenopatie inghinală	10(14,9%)
5	Retenție acută de urină	1(1,4%)

Stabilirea diagnosticului de IHA a fost dificilă, necesitând consultul mai multor specialiști, inclusiv al medicului urolog și dermatovenerolog minuțios. A fost colectată anamneza bolii, anamneza obstetrical-ginecologică, acuzele, fiind exclusă patologia infecțioasă uro/ginecologică, patologia organică urologică și ginecologică. Diagnosticul definitiv s-a stabilit după prelevarea multiplelor probe de laborator pozitive la ADN a VHS prin PCR, testul la aviditate, IgM și IgG antiherpetice.

Cercetarea a determinat că în marea majoritate a cazurilor ginecopatele au beneficiat de tratament simptomatic pe toată durata patologiei și că la excluderea medicației semnele clinice reveneau. După stabilirea diagnosticului de IHA, la pacientelor le-a fost prescris tratament medicamentos cu preparate antivirale ce conțin substanța activă valaciclovir. Efectul s-a obținut pozitiv și diminuarea semnelor clinice în 2-8 zile (în medie 4-5 zile) după administrarea tratamentului antiviral cu tab. Uviromed. De asemenea, s-a redus frecvența recidivelor de la 6-7 ori la 2-3 recidive pe an.

Concluzii:

1. În urma cercetării am estimat simptomele clinice de bază în IHA, ce rămân a fi disuria cu o incidență de 29,8%, și hiperpolimenoreea depistată în 28,3% cazuri.
2. Eficacitate terapeutică s-a determinat datorită administrării terapiei antivirale cu tab. Uviromed, ce a dus la micșorarea frecvenței recidivelor și cuparea semnelor clinice în medie în 4-5 zile.

Bibliografie:

1. Cernețchi O., Sârbu Z., Ostrofeț, C., Agop S.. Sănătatea reproductivă și herpesul genital. Elab. metodică. Chișinău, 2010, 44 p.
2. Cernescu C. Medicamente antivirale. București, 2003, 220 p.
3. Ețco L. Infecțiile intrauterine – etiologia, algoritmul diagnostic, profilaxia și tratamentul. Buletin de perinatologie. Chișinău, 2001, nr.1, p.13-15.
4. Neamțu S., Badea M., Badea D. Complexul TORCH. Implicații în morbiditatea și mortalitatea neo-natală. Craiova, 2006, p. 87-90.
5. Guscova A. Interpretarea markerilor infecțioși, determinați prin metoda IFA (ELISA). Buletin de perinatologie. Chișinău, 2010, nr. 2, p. 62-66.

6. Spânu I., Spânu C. Actualități în tratamentul și profilaxia infecțiilor virale. Monografie. Chișinău, 2012, 128 p.

7. Spânu C., Bârcă L., Rusu G. Infecția cu Herpes simplex particularități clinico-epidemiologice, de evoluție, diagnostic, tratament, profilaxie. Ghid practic. Chișinău, 2006, 129 p.

8. Popescu V. Terapia antivirală în infecțiile cu herpesvirusuri. Revista Română de Pediatrie. Vol. VI, nr.2. București, 2007, p. 124-131.

9. Сухих Г., Ванько Л. Генитальный герпес. Москва, 2010, 343 с.

10. Baker D.A. Valacyclovir in the treatment of genital herpes and herpes zoster. Expert. Opin. Pharmacother. 2002, vol.3, p. 51-53.

11. Corey L., Simmons A. Recommendations of the International Herpes Management Forum. Monograph. 1997, 67 p.

© Zoreana Cazacu

Zoreana Cazacu

EVALUAREA POSIBILITĂȚILOR FETALE DE ADAPTARE LA GRAVIDELE CU TUBERCULOZĂ ACTIVĂ A ORGANELOR RESPIRATORII

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică-Ginecologie nr.2

SUMMARY

ASSESSING FETAL ADAPTATION POSSIBILITIES IN PREGNANT WOMEN WITH ACTIVE TUBERCULOSIS OF THE RESPIRATORY ORGANS

Key words: tuberculosis (TB), cardiotocographs (CTG), ultrasound exam (USG), dopplerometry.

Background: Active tuberculosis has a negative impact on the status of the newborn, which is characterized by an increased incidence of perinatal morbidity and fetal distress. The aim of the study was to evaluate the results of the ultrasonic examination in the assessment of the fetal and placental status and the correlation between different CTG traces recorded during labor in patients with active tuberculosis of the respiratory organs.

Material and methods. The study included 116 women aged 18 to 41 (mean age 25.94 ± 0.4 years). The general study group was divided into 2 subgroups: the baseline group (BG) - 58 pregnant women with active tuberculosis of the respiratory organs and the control group (CG) - 58 healthy pregnant women. It was done the CTG exam according to the NICE 2010, the conventional ultrasonic exam and the dopplerometry.

Results. By term delivery 54 - $93.1 \pm 3\%$ cases were finished in BG and 58 - 100.0% cases in CG. The normal cardiotocographic trace was statistic significantly more frequent in CG than in BG (54 - $93.1 \pm 3.3\%$ cases and 41 - $74.5 \pm 5.7\%$ cases, respectively; $p < 0.01$); the suspicious cardiotocographic trace was statistic significantly more frequent in BG than in CG (13 - $23.6 \pm 5.6\%$ cases and 4 - $6.9 \pm 3.3\%$ cases, respectively; $p < 0.05$); and the pathological cardiotocographic trace was found only in 1 ($1.8 \pm 1.8\%$) pregnant woman from BG. 22.3% of cases of pathological fetometry with signs of intrauterine fetal growth retardation were detected in BG compared to only $1.7 \pm 1.7\%$ cases in CG ($p < 0.05$). Changes in placenta were presented more in BG (9 - $26.5 \pm 5.8\%$) compared to CG (1 - $1.7 \pm 1.7\%$, $p < 0.05$).

Conclusions. In the complex evaluation of the fetal-placental system and the adaptive possibilities of the fetus there is a need to use three complementary methods of research - USG, CTG and dopplerometry.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ФЕТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Ключевые слова: туберкулез (ТБ), кардиотокография (КТГ), ультразвуковое исследование (УЗИ), доплерометрия.

Введение. Активный туберкулез отрицательно влияет на статус новорожденного, который характеризуется повышенной частотой перинатальной заболеваемости и дистресс-синдрома плода. Целью исследова-

nia было оценить результаты ультразвукового исследования состояния плода и плаценты и корреляции между различными типами КТГ, зарегистрированными у беременных с активным туберкулезом органов дыхания.

Материал и методы. Исследование включало 116 женщин в возрасте от 18 до 41 лет (средний возраст 25,94±0,4 года). Общая исследовательская группа была разделена на 2 подгруппы: базовая группа (БГ) - 58 беременных женщин с активным туберкулезом органов дыхания и контрольная группа (КГ) - 58 здоровых беременных женщин. Было проведено КТГ наблюдение в соответствии с критериями NICE 2010 и ультразвуковое обследование с доплерометрией.

Результаты. Родами в срок завершились 54 - 93,1±3% случаев в БГ и 58 - 100,0% случаев в КГ. Нормальный тип кардиотокограммы статистически чаще встречался в КГ, чем в БГ (54 - 93,1±3,3% случаев и 41 - 74,5±5,7% случаев, соответственно, $p < 0,01$); подозрительный тип кардиотокограммы статистически чаще встречался в БГ, чем в КГ (13 - 23,6±5,6% случаев и 4 - 6,9±3,3% случаев, соответственно, $p < 0,05$); патологический тип кардиотокограммы был обнаружен только у 1 (1,8±1,8%) беременной женщины БГ. В БГ были обнаружены 22,3% случаев патологической фетометрии с признаками задержки внутриутробного роста плода по сравнению с 1,7±1,7% случаев в КГ ($p < 0,05$). Изменения в плаценте присутствовали в 9 - 26,5±5,8% случаях в БГ по сравнению с 1 - 1,7±1,7% случаев в КГ, $p < 0,05$).

Выводы. При комплексной оценке фетально-плацентарной системы и адаптивных возможностей плода необходимо использовать три дополнительных метода исследования – УЗИ, КТГ и доплерометрию.

Introducere. Tuberculoza (TB) cauzează morbiditate și mortalitate, chiar dacă afecțiunea este tratată mai devreme, iar TB în timpul sarcinii nu este o excepție. TB afectează în mod negativ atât rezultatele materne, cât și cele perinatale în pofida tratamentului prompt. Hipoxia fetală, de regulă determinată de hipoxia cronică maternă pe fundalul intoxicației specifice tuberculoase, combinată cu întârzierea de creștere sau cu suferință fetală, reprezintă un risc major pentru morbiditate și mortalitate perinatală [3, 4]. Fătul răspunde la deficitul de oxigen printr-o succesiune de reacții adaptative. Mecanismele de apărare sunt activate treptat, în funcție de gradul acestui deficit: hipoxemie, hipoxie și asfixie. Capacitatea fătului de a iniția mecanismele de adaptare, precum și integritatea funcțională a acestora sunt factori esențiali pentru apariția semnelor de stres. Acestea vor fi înregistrate prin metode indirecte de monitorizare. Monitorizarea electronică a ritmului cardiac fetal (cardiotocografia – CTG) are certe avantaje atât antepartum cât și în urmărirea travaliului, față de auscultația cordului fetal, în special în cazurile în care riscul de suferință fetală este crescut [1, 2].

Este cunoscută importanța efectuării examenului ecografic (USG) pentru specificarea parametrilor care descriu dimensiunea fătului, variațiile posibile în cantitatea de lichid amniotic (polihidramnios și oligoamnios), posibilele abateri în dezvoltarea placentei, unele anomalii ale dezvoltării fetale, precum și pentru aprecierea stării de bine intrauterine a fătului prin dopplerometrie.

Aspectul placentei este un element sugestiv, maturizarea sa precoce fiind datorată deficitului de vascularizare, dereglării stimulării estrogenice sau reacțiilor imune din sistemul mamă-placentă-făt. Gradul III de maturizare al placentei este direct proporțional cu gravitatea complicațiilor perinatale.

Ecografia Doppler permite să se exploreze circulația sângelui în vasele sangvine și în inima copilului, în cordonul ombilical și în vasele sangvine din placenta,

rezultate care au o mare importanță pentru identificarea malformațiilor cardiace, anomaliilor vasculare, modificărilor în placenta etc. [5, 6].

Scopul studiului. Evaluarea rezultatelor examenului ultrasonor în aprecierea stării intrauterine a fătului și a placentei, precum și evaluarea corelației dintre diferitele trasee CTG înregistrate în timpul travaliului la pacienții cu forma activă de tuberculoză a organelor respiratorii.

Material și metode. În studiu au fost incluse 116 femei cu vârsta cuprinsă între 18 și 41 de ani (vârsta medie 25,94±0,4 ani). Lotul general de studiu a fost divizat în 2 subploturi: lotul de bază (LB) – 58 de gravide cu tuberculoză activă a organelor respiratorii (în vârstă de 19-41 de ani, vârsta medie 25,48±0,7 ani) și lotul de control (LM) – 58 de gravide practic sănătoase (în vârstă de 18-35 de ani, vârsta medie 26,4±0,5 ani). Loturile de studiu nu se deosebeau statistic semnificativ în funcție de vârstă: valoarea medie a vârstei la femeile din LB era similară cu valoarea medie a vârstei la femeile din LM (25,48±0,7 ani și 26,4±0,5 ani, respectiv; $p > 0,05$). Studiul a fost efectuat la baza Catedrei Obstetrică și Ginecologie nr.2 IP USMF "Nicolae Testemițanu", în IMSP Spitalul Clinic Municipal nr.1 și IMSP IMC. Loturile selectate au fost comparabile după multiple criterii: vârstă, datele anamnezei obstetrico-ginecologice și somatice ale gravidei. Protocolul studiului prezent a fost aprobat de Comitetul de Etică al IP USMF "Nicolae Testemițanu". Consimțământul informat în scris pentru participarea în studiu a fost obținut de la fiecare gravidă înainte de includerea în studiu.

Posibilitățile fetale de adaptare au fost studiate în baza scorului de evaluare a parametrilor cardiotocogramei (NICE, 2010) (tab. 1) [1].

Traseul cardiotocografic a fost înregistrat pe o durată de la minim 30 minute și până la câteva ore la unele paciente, reieșind din starea fătului, rezultatele CTG, durata nașterii și complicațiile care au apărut

în naștere. Activitatea cardiacă fetală a fost evaluată prin aprecierea ritmului bazal, amplitudinii oscilațiilor, prin prezența sau absența accelerațiilor și decele-

rațiilor. În funcție de valorile parametrilor înregistrați, cardiocografia a fost clasificată ca normală, suspectă sau patologică.

Tabelul 1

Scorul de evaluare al parametrilor cardiocogramei (NICE, 2010)

Parametrii ritmului cardiac	Normal	Suspect	Patologic
Ritm bazal, bpm	110-160	<110 >160	<100 >180
Amplitudinea oscilațiilor, bpm	5-25	<5 (<40 de minute) >25 (>10 minute)	<5 (90 de minute) CTG sinusoidală >10 minute
Accelerații	$\geq 2 / 20$ de minute	Absente (40 de minute)	
Decelerații	Absente	Sporadice (de orice tip, cu excepția celor severe) Decelerații prelungite unice <3 minute	- Periodice, sporadice sau variabile severe - Decelerații tardive pe o perioadă de 30 de minute - Decelerații prelungite >3 minute

USG fetală a fost efectuată în regim real. Au fost aplicate metode uzuale de fetometrie și placentometrie, bătăi cardiace fetale (BCF), volumul lichidului amniotic. Cei mai importanți indicatori apreciați la examenul USG au fost: diametrul biparietal (BPD), circumferința craniului (CC), circumferința abdomenului (CA) și lungimea femurului (FL).

Metodele ecografice au fost efectuate cu ajutorul aparatului ecografic 2D Colour Doppler Power and MMode, dotat cu sondă transabdominală, fiind examinate diferite secțiuni.

În cadrul examenului Doppler al arterei uterine și al arterei ombilicale au fost determinați următorii parametri: raportul sistolo-diaștolic (S/D), indicele de rezistență (IR), indicele de pulsilitate (IP) al curbelor circuitului sangvin: S – variația funcției sistolice maxime, D – variația funcției diastolice maxime.

Rezultate și discuții. Prin naștere la termen s-au finalizat 54 (93,1±3,3%) cazuri în LB și 58 (100,0%) cazuri în LM. Traseul cardiocografic normal era statistic semnificativ mai frecvent la gravidele din LM, comparativ cu gravidele din LB (54 – 93,1±3,3% și 41 – 74,5±5,7%, respectiv; $p < 0,01$), traseul cardiocografic suspect era statistic semnificativ mai frecvent la gravidele din LB, comparativ cu gravidele din LM (13 – 23,6±5,6% și 4 – 6,9±3,3%, respectiv; $p < 0,05$), iar traseul cardiocografic patologic a fost constatat doar la 1 (1,8±1,8%) gravidă din LB. În lotul de control au fost descrise 4 CTG suspecte (6,9±3,3%) și 54 CTG normale (93,1±3,3%). În pofida faptului că în toate cazurile (58 – 100,0%) de CTG înregistrate în acest lot de paciente (fără TB) ritmul bazal și amplitudinea au fost apreciate în limitele normei, în 5 (8,6±3,7%) cazuri ($p > 0,05$) s-a înregistrat lipsa accelerațiilor pe traseul CTG și în 8 (13,8±4,5%) cazuri – prezența decelerațiilor.

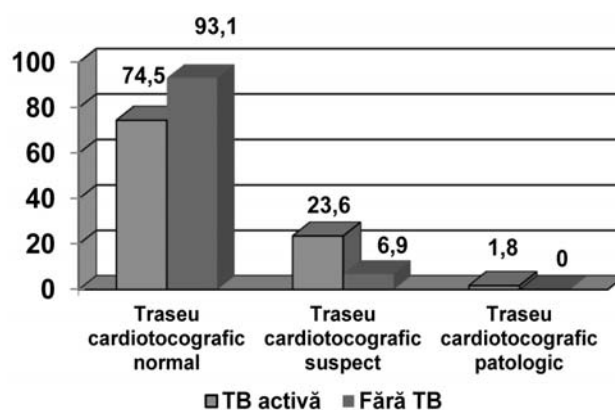


Fig.1. Rezultatele examenului cardiocografic (%) la gravidele din loturile de studiu

În lotul de cercetare au fost descrise 1 CTG patologică (1,8±1,8%), 13 CTG suspecte (23,6±5,6%) și 41 CTG normale (74,5±5,7%) (fig. 1).

În cazul cardiocografiei patologice, ritmul bazal și amplitudinea oscilațiilor înregistrate au fost în limitele normei, s-a apreciat însă lipsa accelerațiilor și prezența decelerațiilor sporadice severe. Cazul dat s-a finalizat prin naștere prematură, iar fătul s-a născut viu, fără anomalii congenitale, într-o asfixie medie, apreciată cu 6-7 puncte după Apgar la 1 minut și la 5 minute de viață.

În cele 13 cazuri de CTG suspectă, ritmul bazal normal a fost determinat în 96,4±2,4% cazuri, totodată tahicardia (>160 de bătăi pe minut) a fost constatată la 2 (3,6±2,4%) gravide cu TB activă. Suplimentar, au fost apreciate modificări ale amplitudinii oscilațiilor în 3 (5,4±3,0%) cazuri: în 2 (3,6±2,4%) cazuri a fost constatată amplitudine saltatorie a oscilațiilor (>25 bătăi pe minut) și în 1 (1,8±1,8%) caz – amplitudine silențioasă a oscilațiilor (<5 bătăi pe

minut). În 9 (16,1±4,8%) cazuri s-a determinat frecvența mărită a oscilațiilor (>6 oscilații pe minut). În 8 (14,3±4,6%) cazuri accelerațiile lipseau, totodată în 12 (21,4±5,4%) cazuri pe traseul CTG s-au determinat decelerații sporadice.

Cele 41 de CTG normale au avut un ritm bazal de 110-160 bătăi pe minut, amplitudinea de 5-25 bătăi pe

minut, frecvența oscilațiilor de 2-6 pe minut, accelerații prezente și lipsa decelerațiilor.

Pentru aprecierea importanței și informativității examenului cardiocografic fetal la pacientele cu TB activă a organelor respiratorii, prezentăm rezultatele obținute după scorul de evaluare al parametrilor cardiocografiei (NICE, 2010) în funcție de starea nou-născutului conform aprecierii scorului Apgar (tab. 2).

Tabelul 2.

Traseele cardiocografice în funcție de starea nou-născutului la gravidele din loturile de studiu

Grupul de studiu	Traseul cardiocografic			Scorul Apgar la 1 minut	
	caracterul	abs.	%	8-10 puncte (%)	6-7 puncte (%)
LB	Normal	41	74,5±5,7**	65,9±6,2	34,1±6,2
	Suspect	13	23,6±5,6*	61,5±6,4	38,5±6,4
	Patologic	1	1,8±1,8	0	100,0
LM	Normal	54	93,1±3,3	75,9±5,6	24,1±5,6
	Suspect	4	6,9±3,3	50,0±6,6	50,0±6,6
	Patologic	0	0	0	0

Legendă: diferențe statistic semnificative între LB și LM, * - p<0,05, ** - p<0,01

Deși nu s-au constatat diferențe statistic semnificative, la pacientele din LM cu traseu cardiocografic normal frecvența scorului Apgar 8-10 puncte la 1 minut după naștere era mai mare (65,9±6,2% din cazuri la gravidele din LB și 75,9±5,6% cazuri la gravidele din LM) (p>0,05), iar la pacientele din LM cu traseu cardiocografic suspect frecvența acestui indicator era mai mică (61,5±6,4% din cazuri la gravidele din LB și 50,0±6,6% din cazuri la gravidele din LM) (p>0,05).

USG fetală a fost efectuată primordial pentru stabilirea vârstei de gestație, aprecierea deviației patternului de creștere normală a fătului în utero și depistarea antenatală a restricției de creștere intrauterină a fătului (RDIUF).

În cadrul examenului USG, în LB au fost depistate 22,3% cazuri de fetometrie patologică cu semne de deviere a creșterii intrauterine a fătului în baza micșorării dimensiunilor BPD, CC, CA și FL, față de doar 1,7±1,7% cazuri în LM (p<0,05).

Pe parcursul studiului, conform datelor USG, modificări ale placentei prezentau în mare parte pacientele din LB (9 – 26,5±5,8%), comparativ cu pacientele din LM (1 – 1,7±1,7%, p<0,05): maturizare prematură a placentei – 1 (1,8±1,8%) caz, grosime anormală a placentei – 4 (7,0±3,4%) cazuri, îngroșarea placentei – 3 (5,3±2,9%) cazuri. Placentă neomogenă cu calcinate a fost depistată statistic semnificativ mai frecvent la gravidele din LB (7 – 12,3±4,3%), comparativ cu gravidele din LM (1 – 1,7±1,7%, p<0,05) (fig. 2).

Conform rezultatelor cercetării noastre, patologia lichidului amniotic la examenul USG s-a apreciat mult mai frecvent în lotul gravidelor cu TB, comparativ cu LM (22,8±5,5% și 1,7±1,7%, respectiv; p<0,001), în special incidența oligoamniosului (5 – 8,8±3,7% și 0 – 0%, respectiv; p<0,05) și lichidului amniotic cu

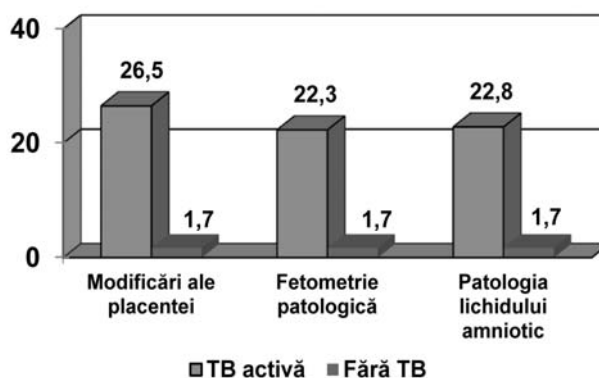


Fig. 2. Rezultatele examenului ultrasonografic (%) la gravidele din loturile de studiu

particule flotante (4 – 7,0±3,4% și 0 – 0%, respectiv; p<0,05) erau statistic semnificativ mai frecvente la gravidele din LB, comparativ cu gravidele din LM. Frecvența polihidramniosului (2 – 3,5±2,4% cazuri la gravidele din LB și 1 – 1,7±1,7% caz la gravidele din LM; p>0,05) era similară în ambele loturi de studiu.

Indicatorii ecografiei Doppler nu difereau în ambele loturi de studiu: indicele de rezistență alcătuia 0,60±0,01 la gravidele din LB și 0,61±0,01 la gravidele din LM (p>0,05), indicele pulsatil - 0,89±0,02 la gravidele din LB și 0,88±0,02 la gravidele din LM (p>0,05) și raportul S/D - 2,45±0,05 la gravidele din LB și 2,43±0,04 la gravidele din LM (p>0,05), astfel nici o gravidă din ambele loturi de studiu nu a prezentat insuficiență circulatorie.

Concluzii. 1. Rezultatele studiului demonstrează o dată în plus importanța monitorizării stricte intrauterine a fătului în cazul sarcinilor cu risc sporit, iar utilizarea cardiocografiei o putem considera una dintre cele mai simple, moderne, non-invasive și veridice

metode de apreciere a stării fătului, ce satisface întru totul cerințele, cu condiția că este corect înregistrată și interpretată.

2. În cadrul examenului USG, în LB au fost depistate 22,3% cazuri de fetometrie patologică cu semne de deviere a creșterii intrauterine a fătului în baza micșorării dimensiunilor BPD, CC, CA și FL, față de doar $1,7 \pm 1,7\%$ cazuri în LM ($p < 0,05$).

3. La pacientele cu TB activă a organelor respiratorii la examenul USG se constată mai frecvent modificări patologice la nivel de placenta, așa ca maturizarea prematură a placentei, grosimea anormală a placentei cu tendință spre îngroșare, calcinoza placentei și oligoamniotul. Aceste modificări urmează a fi interpretate tangențial ca semne de insuficiență placentară cronică în condițiile stării de hipoxie cronică în organism la pacientele cu TB activă.

4. În evaluarea complexă a sistemului feto-placentar și posibilităților adaptive ale fătului există necesitatea utilizării a trei metode de cercetare care se completează reciproc – USG, CTG și Dopplerometria.

Bibliografie

1. Cardaniuc C., Dondiuc Iu., Petrov V., Gladun S. Monitorizarea electronică fetală în practica obstetricală (Recomandare metodică). Chișinău, 2011. 40 p.

2. Codreanu N., Popușoi O., Hortolomei V. Monitorizarea prin cardiocografie externă a suferinței fetale intrapartum. Modul de instruire. Chișinău, 2007. 60 p.

3. Vo Q., Stettler W., Crowley K. Pulmonary tuberculosis in pregnancy. Prim. Care. Update. Ob. Gyns. 2000, vol. 7, no. 6, p. 244-249.

4. Зайков С.В. Беременность и туберкулез. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2010, no. 3, с. 5-11.

5. Медведев М.В. Основы доплерографии в акушерстве. Практическое пособие для врачей. М.: Реал Тайм, 2007. 72 с.

6. Медведев М.В. Ультразвуковая фетометрия: справочные таблицы и номограммы. М.: Реал Тайм, 2007. 60 с.

© Svetlana Jubîrcă, Corina Iliadi-Tulbure

Svetlana Jubîrcă¹, Corina Iliadi-Tulbure²

CONDUITA SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului,

² Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

SUMMARY

THE MANAGEMENT OF PREGNANCY, DELIVERY AND POST-PARTUM PERIOD IN ADOLESCENCE

Key words: pregnancy in adolescence, delivery in adolescent women, post-partum period in adolescence, perinatal depression, personality disorders.

The article evaluate particularities of pregnancy, delivery and post-partum period in adolescence. A standard management of all mentioned above periods in adolescent women allow the analysis of medical and social factors, and determinethe risk factors for the development of possible maternal and perinatal complications. The importance of gynecological age is also appreciated in adolescence and has been assessed as a risk factor for the development of such complications as: intrauterine growth restriction of the fetus, premature birth, congenital anomalies and other complications. Authors consider to be useful a determination of psycho-vegetative status of adolescent women, their adaptive behavior to prevent obstetrical, perinataland psycho-emotional complications during pregnancy, delivery and post-partum period. The changes in psychological, neuro-vegetative status and adaptation mechanisms of adolescent women during the pre-partum and post-partum periods need to be evaluated. The article reveal the necessity to elucidate medical, social, clinical particularities and the evolution of pregnancy, birth and post-partum period in adolescence, in relation with psychological changes and neuro-vegetative status of women, and also their role in occurrence of perinatal complications. Authors present the necessity and importance of the psycho-emotional preparation of pregnant

adolescent women and their partners for the prevention of complications and the development of depression. The article highlight the necessity of complex management according to the existing clinical protocol in pregnancy, delivery and post-partum periods in adolescent women, involving the use of clinical, laboratory and pshycological tests. The existing clinical protocol determine the optimization of the pregnancy, birth and the post-partum period in adolescence.

РЕЗЮМЕ

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПОДРОСТКОВ

Ключевые слова: подростковая беременность, роды у подростков, послеродовой период у подростков, перинатальная депрессия, личностный статус.

В статье указаны особенности течения беременности, родов и послеродового периода у подростков. Статья представляет особенности ведения беременности, родов и послеродового периода, психо-вегетативный статус и адаптивное поведения у беременных подростков. Авторы считают важным выявление медико-социальных и клинических особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у подростков, которые могут являться факторами для проявления акушерских и психо-эмоциональных осложнений. Особенно важна оценка роли гинекологического возраста как фактора риска для развития задержки внутриутробного развития плода, преждевременных родов, врожденных аномалий развития плода. Авторы считают важным оценить психо-вегетативный и личностный статусы, механизм адаптации подростков во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Также важно изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у подростков в соответствии с психовегетативным и личностным статусами и механизмом адаптации беременных подростков, для предупреждения акушерских и психо-эмоциональных осложнений. Статья подчеркивает насколько важно определить медико-социальные и клинические тесты для выявления нейро-вегетативных и личностных особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у подростков. Также важно оценить роль медико-социальных и клинических особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у подростков и их взаимосвязь с нейро-вегетативными и личностными изменениями, а также их роль в возникновении перинатальных осложнений. Авторы аргументируют необходимость психо-эмоциональной подготовки беременных подростков и их партнеров, с целью снижения материнских и перинатальных осложнений, включая перинатальную депрессию. Разработанный алгоритм ведения и предупреждения акушерских, психо-эмоциональных и неонатальных осложнений при подростковой беременности, позволит оптимизировать ведение беременности, родов и послеродового периода у подростков.

Datele literaturii de specialitate arată o incidență crescută a survenirii sarcinii la adolescente, altfel spus la o femeie cu vârsta cuprinsă între 13-18 ani 11 luni și 29 zile, ceea ce necesită cunoaștere temeinică a conduitei sarcinii, nașterii și perioadei post-partum în situațiile date. Adolescența este o perioadă deosebită în viața unei femei, care se caracterizează prin multiple modificări, unul din criteriile importante fiind imaturitatea psihologică [1,2,6,7,12]. Diagnosticul și conduita sarcinii, precum și managementul nașterii și perioadei post-partum, în adolescență, merită o atenție deosebită, prin prisma complicațiilor materno-fetale ce pot surveni. Din acest considerent, este necesar ca managementul să fie efectuat conform unui algoritm ce va ține cont de particularitățile de evoluție la fiecare etapă menționată [2,3,12].

Sistemul de îngrijire prenatală trebuie să fie organizat în așa fel, încât conduita multidisciplinară propusă să fie ușor accesibilă din primele săptămâni de sarcină, având în vedere adresarea mai tardivă a adolescentelor, comparativ cu femeile adulte, la medicul de familie. Adresarea tardivă după îngrijire prenatală și monitorizarea evoluției sarcinii este cauzată de mai mulți factori: absența cunoștințelor în domeniu și înțelegerea insuficientă a consecințelor posibile; dorința

de a ascunde sarcina, frica de faptul că va fi luat copilul, gânduri despre întreruperea sarcinii; îngrijorare legată de lipsa confidențialității sau de atitudinea ostilă a prestatorilor de servicii medicale; bariere financiare. Lipsa sau întârzierea îngrijirii prenatale, în rândul adolescentelor, se asociază cu consecințe obstetricale și neonatale nefavorabile [7,12].

Furnizorii de servicii medicale trebuie să fie atenți la necesitățile adolescentelor, pentru a depista riscurile și aplica măsurile necesare de prevenție, diagnostic și tratament. Ideea de bază este că partenerii adolescentelor, la fel, trebuie să fie implicați cât mai mult posibil în procesul de îngrijire prenatală, să frecventeze inclusiv cursurile de îngrijire prenatală și postnatală. În acest fel va fi posibil de ameliorat rezultatele perinatale. Adolescența ar trebui să aibă un acces ușor către serviciile medicale, bazat pe principiile: confidențialității, nondiscriminării, oferirii îngrijirii într-o ambianță binevoitoare din partea echipelor multidisciplinare.

La nivel de asistență medicală de ambulatoriu evidența prenatală presupune: confirmarea prezenței și/sau evoluției sarcinii, depistarea problemelor de sănătate și dezvoltare, evaluarea fiind efectuată conform HEAD-SS în varianta română de MEADS (mediul de trai, edu-

cație /muncă, alimentație, activitate, droguri, sexualitate, siguranță, suicid /depresie) și aprecierea riscurilor și/sau complicațiilor materno-fetale [2,3,4,5]. La etapa dată, este necesară primordial consilierea individuală cu psihologul prenatal despre opțiunile existente (păstrarea sau întreruperea sarcinii, particularitățile de evoluție a sarcinii sau metodele de întrerupere, specificul nașterii și evoluția perioadei post-partum, creșterea sau darea spre adopție a copilului etc.).

Este foarte important a fi evaluat statutul socio-economic al adolescentei, a aprecia dacă persoana utilizează sau nu substanțe nocive (alcool, droguri, tabagism etc.), a depista comportamentul deviant și prezența violenței în familie. Rata gravidelor fumătoare și utilizătoare de substanțe stupefiante și droguri este mai înaltă în rândul adolescentelor, în comparație cu femeile adulte [1,2,5,6]. Cu toate acestea, sarcina este un stimul puternic pentru multe adolescente, în vederea reducerii tabagismului și utilizării alcoolului. Conform datelor literaturii de specialitate, rata violenței din partea partenerului este cu 26-31% mai înaltă printre gravidele adolescente, comparativ cu cele adulte [2,7,12]. Acest fenomen este asociat cu: îngrijiri prenatale tardive și risc sporit al prematurității, restricția de creștere intrauterină (RCIU) a fătului, mortalitatea fetală, depresia post-partum. Acțiunile violente sunt comise de obicei de către partener și debutează din primul trimestru. Se consideră că studierea comportamentului partenerilor adolescentelor sexual active poate ajuta la identificarea violenței.

Este necesară aprecierea stării nutriționale, aprovizionarea cu vitamine în caz de necesitate la adolescente, pentru a monitoriza necesitățile nutriționale și adaosul ponderal, și a preveni dezvoltarea anemiei [2,12]. Strategiile utile trebuie să includă: aprecierea necesităților nutriționale, acces la îngrijirea prenatală etc. Anemia este frecvent depistată la gravidele adolescente (50-60% cazuri), în acest caz fiind necesar tratamentul cu preparate de fier.

Adolescentele sunt supuse unui risc mai înalt față de infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) din cauza că ele pot avea mai mulți parteneri sexuali anterior survenirii sarcinii și contacte neprotejate. Adolescencele sunt biologic mai vulnerabile față de ITS și întâmpină mai multe obstacole în utilizarea serviciilor medicale. Vulnerabilitatea adolescentelor este legată și de faptul că adesea ele nu utilizează prezervative în timpul contactului sexual în sarcină. Riscul mai înalt de a contracta aceste infecții este și sportul de imaturitatea colului uterin și, ca urmare, de susceptibilitatea crescută a țesuturilor către infecții. ITS în sarcină sunt asociate cu: nașterea prematură (NP), corioamnionita și infecțiile puerperal-septice. Adolescencele cu ITS au un risc mai înalt pentru ruperea prematură a pungii amniotice (RPPA). Screeningul și tratamentul ITS contribuie la reducerea semnificativă a incidenței complicațiilor febrile la nou-născut.

Testarea la ITS (II-2A) și vaginoza bacteriană (III-B) trebuie să fie efectuate la începutul sarcinii și repetate în trimestrul al III-lea. Este necesar de a face testarea la ITS post-partum și în prezența semnelor sugestive, deoarece rata recurenței, pe parcursul sarcinii la adolescente, este înaltă. Vaginoza bacteriană este asociată și ea cu un șir de complicații: RPPA, NP, endometrita post-partum. După efectuarea tratamentului, în caz că testul a fost pozitiv, se recomandă de repetat testarea peste 3-4 săptămâni. Partenerul trebuie să fie consultat și tratat la rândul său (III-A).

Screeningul și tratamentul dereglărilor comportamentale în sarcină la adolescente trebuie efectuate din cauza ratei lor crescute. Este cunoscut faptul că rata depresiei în sarcină la adolescente variază între 16-44%, fiind de aproximativ două ori mai înaltă decât la gestantele adulte. Simptomele depresiei devin mai pronunțate în trimestrele II și III, iar aproximativ 50% din lăuze adolescente acuză apariția semnelor depresiei în perioada post-partum, manifestându-se pe o perioadă de până la 12 luni. Depresia se atestă mai frecvent în caz de violență din partea partenerului și ea implică consecințe nefavorabile materne și /sau perinatale. Depresia netratată se asociază cu un grad avansat de iresponsabilitate maternă și cu probleme comportamentale și cognitive la copii. Pentru a preveni depresia în sarcină și /sau cea post-partum, este necesar de a depista precoce și înlătura factorii stresanți, violența în familie, precum și a trata eventualele dereglări psihice etc. [1,8,13].

În această ordine de idei, este necesară consultația psihologului prenatal în fiecare trimestru de sarcină. Aprecierea depresiei prenatale, dereglărilor de personalitate și comportament se efectuează prin folosirea Scalei de depresie Beck, Testului de anxietate Spilbergher. Acumulând la testare 4 puncte, adolescenta prezintă o depresie ușoară, în acest caz fiind necesară monitorizarea în dinamică, cu repetarea consultului la necesitate. Un rezultat al testării de 4-7 puncte, indică forma moderată a bolii, necesitând în medie 3-4 ședințe de psihoterapie, cu repetarea consultului. La acumularea peste 8 puncte, depresia este considerată severă, iar consultația psihologului este suplimentată cu tratament specializat [8,9,13].

Literatura de specialitate, tot mai frecvent, relatează despre necesitatea de a face o diferențiere dintre noțiunile de „vârstă biologică” (cronologică) și „vârsta ginecologică” (VGi). Astfel, VGi este numărul anilor de la survenirea menarhăi până la apariția sarcinii. Se consideră că $VGi \leq 3$ ani este asociată cu: prematuritate, RCIU a fătului, RPPA. Iar $VGi > 3$ ani – cu nașterea asistată [4].

Conduita sarcinii la adolescente necesită: evaluarea sarcinii, aprecierea stării gestantei și a fătului. Aceste aspecte sunt necesare pentru abordarea unei conduite complexe și determinarea timpului și modalității optime de finalizare a sarcinii. În baza examenu-

lui ecografic se determină vârsta de gestație (VG), se evaluează riscurile pentru întreruperea sarcinii, se iau măsuri pentru prevenirea dezvoltării anomaliilor și / sau patologiilor fetale etc. Starea fătului este determinată suplimentar prin velocimetrie Doppler, cardiocografie (CTG).

Există o serie de patologii pe fundalul cărora evoluează sarcina la adolescente (gestoza precoce, iminența de avort spontan, stările hipertensive etc.), care necesită o diagnosticare precoce, monitorizare și tratament. Iminența de avort spontan impune efectuarea examenului ecografic și tratament de păstrare a sarcinii (progestative, spasmolitice, hemostatice etc.). Gestoza precoce implică determinarea corpilor cetonici, tratament antiemetic, volemic și de menținere a echilibrului acido-bazic. Diagnosticul stărilor hipertensive în sarcină include: evaluarea hemodinamică (TA, Ps), determinarea proteinuriei și conduita conform Protocolului național *Stările hipertensive în sarcină*. Iminența de NP este o complicație frecvent întâlnită în sarcinile la adolescente, necesitând: aprecierea simptomatologiei, determinarea ecografică a lungimii colului uterin, tratamentul și conduita fiind efectuate conform Protocolului național *Nașterea prematură*. RCIU a fătului presupune: stabilirea sau reevaluarea VG, fetometrie, determinarea masei estimative fetale, evaluarea curbei de creștere a fătului. Un aspect important este necesitatea de a informa gestanta și partenerul și /sau familia acesteia despre posibilele complicații.

Spitalizarea adolescentelor însărcinate se recomandă de efectuat între 38-39 săptămâni de gestație, cu scopul de a asigura îngrijiri calitative, a preveni complicațiile materne și /sau fetale, și pentru a decide privind managementul nașterii [6,9,10,11]. Particularitățile de conduită a nașterii în cazul acestor paciente se referă la: prevenirea comportamentului neadecvat și a depresiei prin menținerea contactului psiho-emoțional și prezența psihologului la naștere; conduita expectativă, prevenirea nașterii rapide (evitarea amniotomiei precoce); analgezia adecvată în travaliu (anestezie epidurală) și monitorizarea stării fătului prin CTG continuă.

Conduita perioadei post-partum include prevenirea hemoragiei prin: monitorizarea timp de 4-6 ore în secția obstetricală, evaluarea parametrilor hemodinamici și de involuție a uterului etc. Complicațiile septico-purulente și/sau hipertermia post-partum pot fi prevenite prin sanarea căilor de naștere cu administrarea locală de antiseptice. O particularitate importantă pentru lăuza adolescentă constă în faptul că după efectuarea operației cezariene, este necesar de administrat tratament antibacterian, în caz de ITS și vaginoza bacteriană (sol. Penicilină /Cefalosporina, timp de 5 zile; sol. Metrogil 100 ml de 3 ori/zi, timp de 3 zile). Pentru prevenirea lactostazei și hipogalactiei adolescentele au nevoie de consilierea consultantului

pe lactație. Crucial este momentul prevenirii depresiei post-partum prin consilierea psihologului [2,9,10,11].

Pentru a nu omite detalii importante legate de particularitățile de evoluție a perioadei post-partum, externarea adolescentei se efectuează nu mai devreme de a 4-a zi în prezența rudelor /tutelei oficiale. Acceptul pentru externare trebuie obținut inclusiv de la psihologul prenatal. Extrasul eliberat trebuie, pe lângă recomandările necesare, să includă informație despre metodele de contracepție necesare de utilizat (III-A). Informarea despre metodele de contracepție recomandată în perioada post-partum este necesară pentru a evita survenire a unei sarcini repetată nedorite, deoarece este cunoscut faptul că asemenea sarcini survin în 25% cazuri în primii 2 ani [2,6,12]. Din datele literaturii rezultă că metodele de contracepție de lungă durată sunt mai eficiente în prevenția sarcinii nedorite printre adolescente. Instalarea unui dispozitiv intrauterin imediat după naștere sau a unui implant contraceptiv până la externare, reduce semnificativ riscul sarcinii repetate nedorite [2].

Programele de îngrijire pre- și postnatală trebuie să ofere consiliere și suport adolescentelor și partenerilor acestora, pentru a le furniza informația necesară și /sau a le îmbogăți cunoștințele la diverse tematici (evoluția sarcinii, particularitățile nașterii, evoluția perioadei post-partum, contracepția și prevenirea sarcinilor repetate la un interval scurt sau a celor nedorite, procesul de alăptare, îngrijirea nou-născutului, depistarea la timp a stărilor depresive). Acest aspect este important deoarece dezvoltarea abilităților parentale în perioadele ante- și postnatală, îmbunătățește rezultatele la naștere și în post-partum. Informarea și educarea adolescentelor și partenerilor acestora conduce la diminuarea stresului parental și reduce problemele comportamentale în sarcină, la fel ameliorează comunicarea și îngrijirea nou-născutului. Cert este faptul că aceste programe trebuie să fie disponibile pe tot parcursul sarcinii pentru efectuarea unei educații parentale continue.

Bibliografie

1. De Vienne C., Creveuil C., Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.; 2009, nr. 147(2), pp. 151-156.
2. Fleming N. et al. Adolescent Pregnancy Guidelines. SOGC Clinical Practice Guideline. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2015, nr. 37(8), pp. 740-756.
3. Horgan R., Kenny L. Review Management of teenage pregnancy. The Obstetrician & Gynaecologist. Review, 2007, nr. 9, pp. 153-158.
4. Kaplanoglu M. et al. Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. Women Birth., 2015, nr. 28(4), pp. 119-123.
5. Leșco G. Asistența integrată a sănătății adolescenților (AISA). În: URMA ta, Chișinău, 2012, p. 21.

6. Pérez-López F., Pérez-Roncero G. and López-Baena M. Current problems and controversies related to pregnant adolescents. Rev. Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, 2010, nr. 2, vol. 17, pp. 185-192.

7. Sagili H. et al. Are teenage pregnancies at high risk? A comparison study in a developing country. Arch. Gynecol. Obstet., 2012, nr. 285 (3), pp. 573-577.

8. Singh B., Mohanty R. Homocysteine and Folate Metabolism in Depression. Indian Journal of Behavioral Sciences. 2013, nr. 1, vol. 23, pp. 59-65.

9. Thurman A., Hulsey T. Pregnant adolescent's preferences for labor pain management. South Med J. 2004, nr. 97, pp. 964-967.

10. Ting D. et al. Epidural Labor Analgesia Is Asso-

ciated with a Decreased Risk of Postpartum Depression: A Prospective Cohort Study. Anesth Analg. 2014, nr. 119 (2), pp. 383-392.

11. Torvie A. et al. Labor and delivery outcomes among young adolescents. American J. of Obst. and Gynec., 2015, nr.1, vol. 213, p. 95, e1-95.e8.

12. Vienne C., Creveuil C., Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2009, nr. 147 (2), pp. 151-156.

13. Young J., Miller M., Khan N. Screening and managing depression in adolescents. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. Review. 2010, nr. 1 (1), pp. 87-95.

© C. Burnus , V. Rotaru, A. Pleşacov

C. Burnus , V. Rotaru, A. Pleşacov
**NAȘTEREA LA PARTURIENȚELE CU RUPEREA PRENATALĂ
A MEMBRANELOR AMNIOTICE LA TERMEN**

*Universitatea de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu»
Catedra de Obstetrică și Ginecologie nr. 1*

SUMMARY

THE LABOR IN WOMEN WITH PRENATAL RUPTURE OF AMNIOTIC MEMBRANES AT TERM

The management of labor in women with prenatal rupture of amniotic membranes at term has become less a clinical dilemma compared to past decades. All these were possible due to the wider understanding of the mechanisms of production of this phenomenon, the mechanism of complications development as well as the broad possibilities of intrapartum actions. However, prenatal rupture of amniotic membranes at term presents a risk of vital complications for the mother and for the newborn.

РЕЗЮМЕ

РОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОК

Тактика ведения родов у беременных с преждевременным разрывом околоплодных оболочек в срок стала менее актуальной по сравнению с прошлыми десятилетиями. Все это стало возможным благодаря пониманию механизмов развития этого процесса, осложнений, а также широких возможностей для действий на протяжении родов. Однако пренатальный разрыв амниотических мембран в срок представляет собой риск появления осложнений имеющих жизненно важное значение, как для матери, так и для новорожденного.

Actualitatea problemei. Ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen rămîne a fi un subiect controversat și actual, ce pune în discuție multiple complicații obstetricale – infecția puerperală, prolabarea cordonului ombilical și compresiunea acestuia, prezența neregulate, precum și distociile dinamice.

Ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen reprezintă ruperea spontană a membranelor pînă la instalarea contracțiilor uterine regulate după a 37-a săptămîină de gestație [11]. Conform datelor Colegiului American de Obstetrică și Ginecologie, această definiție exclude parturiențele cu ruperea prenatală de

membrane urmată de instalarea contracțiilor regulate pe parcursul unei ore [10], iar conform cercetătorilor francezi, această perioadă de timp se extinde pînă la două ore [5].

După datele unor autori, incidența, pe plan internațional, a ruperii membranelor amniotice prenatal este de aproximativ 8% [9]. Multiple cercetări ne demonstrează ca 80-90% dintre gravide cu RPPA la termen vor naște spontan în următoarele 24 ore [2], însă nu neglijăm faptul că o tactică expectativă îndelungată crește riscul unei ulterioare infecții ascendente.

Cu toate că această problemă a fost discutată de nenumărate ori, important este de a evalua impactul perioadei alichidiene asupra travaliului, perioadei de lăuzie și asupra nou-născutului.

Optim, ruperea prenatală de membrane ar putea fi evitată prin identificarea factorilor de risc și înlăturarea acestora. Însă majoritatea gravidelor nu sunt investigate adecvat sau nu au factori identificabili, astfel că managementul actual este îndreptat spre acțiuni întreprinse după survenirea ruperii membranelor amniotice.

Factorii de risc identificabili sunt: ruperea prenatală a membranelor amniotice în antecedente, infecția tractului genital inferior, infecția urinară, sîngerări pe parcursul sarcinii actuale, fumatul, malnutriția, hidramniosul, cerclajul, amniocenteza, gestații multiplă, lacerări cervicale [3]. Pe lîngă procesele fiziologice de subțiere a membranelor la termen, implicate în acest proces sunt și celulele inflamatorii materne, secțiunile seminale, enzimele din lichidul amniotic, enzimele proteolitice ale bacteriilor localizate la nivelul tractului genital inferior ce cresc secreția locală de prostaglandine și polimerizează colagenul de tip III din membranele amniotice [5].

Existența unui mecanism cert ce ar stă la baza ruperii membranelor amniotice înaintea debutului travaliului este încă necunoscut. Sunt descrise o multitudine de fenomene ce ar determina ruperea prenatală de membrane amniotice la termen [5]. Dintre acestea fac parte:

- Traumatismele:

a) fiziologice (distensia uterină, mișcările fetale, contactile Braxton-Hicks, coitusul, presiunea barometrică);

b) iatrogene (tușeul vaginal, amnioscopia, amniocenteza, circlajul, biopsia de trofoblast, puncția de cordon, fetoscopia)

- Maladiile membranelor amniotice

- Malnutriția (nivele scăzute de vitamina C, Zn, Cu)

- Colagenoze

- Sindromul Ehlers-Danlos

- Tabagism (riscul RPPA printre fumătoare este de 4 ori mai mare)[2]

- Toxine (Plumb)

- Factori ce fragilizează membranele: infecțiile endocervicale și amniotice, infecții urinare, ischemia

prin supradistensie (sarcina gemelară, hidramniosul), ischemia fără distensie (inserția marginală de cordon, placenta previa).

- Infecția este cel mai identificabil factor de risc în apariția RPPA, determinat de trei evidențe studiate:

a) Gravidele cu RPPA au mai des microorganisme patogene în lichidul amniotic decât gravidele cu membrane intacte

b) Parturientele cu ruperea prenatală a membranelor amniotice au un risc semnificativ mai mare de a dezvolta corioamnionită, comparativ cu cele la care travaliul a decurs pe fon de membrane intacte

c) Frecvența de rupere prenatală de membrane amniotice este semnificativ mai mare la parturiente cu infecție genitală joasă (de exemplu: vaginită bacteriană).

- Antecedente de RPPA la sarcinile anterioare. Ruperea prenatală a membranelor amniotice în anamneză este un factor predictiv semnificativ. Studiul Preterm Prediction, un larg studiu prospectiv, condus de National Institute of Child Health and Human Development, a observat că femeile cu un istoric de RPPA au avut o rată de repetare a acesteia de 13,5%, comparativ cu 4,1% la parturientele fără istoric de RPPA [6].

- Prezența sîngerărilor vaginale antepartum –s-a demonstrat că femeile care au suferit hemoragie vaginală pe parcursul sarcinii actuale au un risc de a dezvolta RPPA de 3 ori mai mare comparativ cu cele fără hemoragie; iar la cele care au suferit mai mult de o hemoragie pe parcursul sarcinii actuale, riscul crește de 7 ori [7].

Managementul unei parturiente cu RPPA la termen este determinat de starea colului uterin la evaluarea primară și dacă sunt sau nu prezente complicații.

Conduita, în sine, include tactică expectativă sau inducerea travaliului cu prostaglandine sau oxitocină. Riscul major la acest termen de gestație este infecția intrauterină care crește odată cu creșterea duratei perioadei alichidiene. Unii cercetători au demonstrat că la o perioadă alichidiană de 4 ore de la RPPA, corioamnionita se va determina histologic în 40% cazuri [5]. S-a ajuns la concluzia că inducerea nașterii scade incidența dezvoltării corioamnionitei și endometritei, precum și a numărului de nou-născuți care necesită terapie intensivă [9]. Când perioada alichidiană depășește 18 ore, se inițiază profilaxia infecției neonatale cauzată de streptococii grupei B [11].

Scopul și obiectivele studiului. Scopul lucrării date a fost de a analiza evoluția sarcinii cu identificarea factorilor de risc, evaluarea managementului nașterii, supravegherea perioadei de lăuzie a gravidelor la care sarcina s-a complicat cu ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen, precum și analiza comparativă a rezultatelor.

Materiale și metode. S-a efectuat un studiu retrospectiv al fișelor de observație clinică ale parturientelor cu ruperea prenatală a membranelor amniotice

la termen internate pe parcursul anului 2014 în Maternitatea Municipală nr 2. Au fost analizate 270 fișe de observație la parturientele cu RPPA la termen și 73 fișe de control ale parturientelor cu naștere la termen ce au avut membrane intacte la momentul instalării contracțiilor uterine regulate din aceeași perioadă.

Au fost evaluate datele anamnezei, datele privind evoluția sarcinii, nașterii și perioadei de lăuzie. Acestea au fost ulterior prelucrate prin programul Excel și evaluate prin metode standarde de analiză statistică.

Rezultate și discuții. În perioada supusă studiului, în Maternitatea Municipală nr 2 au fost înregistrate 1825 nașteri, dintre care 270 cazuri cu rupere prenatală a membranelor amniotice la termen, ceea ce constituie 14,79 %. Se poate de remarcat faptul că acest rezultat diferă cu mult față de incidența depistării RPPA la termen raportat în studiile internaționale – 8% [18]. Analiza comparativă a datelor din anamneză ne-a permis să înțelegem că incidența atât de mare a RPPA la termen în grupul nostru nu este datorată în majoritate evoluției fiziologice a unei sarcini sănătoase, cum ar fi: subțierea corioamnionului din cauza întinderii, scăderea locală a componentului colagenic, apoptoza amnionului la sfârșitul gestației sau activarea matrix metaloproteinazei. Și asta deoarece, la parturientele din grupul de control, nașterea a survenit după termenul de 40 săptămâni de gestație (68,5%), iar parturientele cu RPPA au născut mai devreme de 40 săptămâni de gestație (51,5%), având o sarcină mai puțin matură. O incidență atât de mare a fost influențată nu de evoluția fiziologică a sarcinii, ci de factorii modificabili, managementul corect al cărora ar duce la optimizarea rezultatelor materne și fetale, precum și la reducerea cheltuielilor de întreținere și tratament.

Referitor la anamneza obstetricală, s-a observat că în grupul parturientelor cu RPPA s-a depistat mai des anamneza obstetricală agravată – avorturi spontane, avorturi medicale sau sarcini oprite în evoluție (cu 35,7% mai mult decât în grupul de control). Dintre acestea, 16,7% au avut minim un avort medical, maxim șapte, iar 11,1% minim un avort spontan. Acest rezultat corespunde studiilor din literatura cercetată, care demonstrează că circa 17 % din cazuri cu RPPA au în anamneză una sau mai multe sarcini întrerupte [8].

În urma structurării datelor din anamneza despre patologii existente s-a observat că în lotul femeilor cu RPPA au fost depistate: anemie 75,2% (vs 65,8%), infecție cu CMV 3,0% (vs 5,5 % în lotul de control), infecție cu HPV - 0,4% (vs 0%), infecție herpetică genitală 1,9% (vs 1,4%), infecție cu micoplasma - 0,7% (vs 0%), infecție cu ureoplasma - 1,1% (vs 0%), anomalii de dezvoltare a organelor genitale - 1,9% (vs 0%), miom uterin - 3 % (vs 5,5%), bazin anatomic stâmtat - 1,9% (vs 0%), pielonefrită cronică în acutizare - 14,1 % (vs 11%), obezitate - 6,7% (vs 0%), adaos ponderal patologic - 9,3% (vs 8,2 %), infecții respiratorii acute - 9,6% (vs 11%).

În cadrul studiului nostru, cel mai identificabil factor de risc s-a dovedit a fi - infecția genitală. Frotiul vaginal populat cu leucocite mai mult de 10 în câmpul de vedere a fost prezent în ambele loturi, 92,2% în cazul femeilor cu RPPA la termen și 94,5% la femeile din grupul de control. Însă o diferență statistic semnificativă s-a depistat în urma analizei florei cocice, care la femeile cu RPPA era cu 6,7 % mai des întâlnită decât în grupul de control. Aceste date coincid cu rezultatele unui studiu efectuat de către Bayo M. pe 623 gravide asimptomatice la care sarcina s-a complicat cu RPPA, dintre care 19% aveau floră vaginală populată de *Streptococcus* sp., *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus* sp. și *Streptococcus agalactiae* [1]. Deci, o floră vaginală poluată, în special cu coci, este un factor de risc și un indice ce trebuie luat în considerație pentru a evita unele complicații.

Am remarcat că 18 parturiente din cele studiate au prezentat obezitate de diferit grad. Ele toate au intrat în travaliu după ruperea membranelor amniotice. Menționăm că 33,3% dintre aceste paciente au necesitat inducere sau stimularea travaliului, care s-a dovedit a fi eficientă doar într-un singur caz. Majoritatea femeilor incluse în studiul nostru (55,5 %) au născut prin operație cezariană. Rezultatul dat corespunde unor studii externe anterioare, care evidențiază o asociere semnificativă dintre IMC matern crescut și riscul de naștere prin operație cezariană. Astfel, femeile obeze trebuie să fie incluse în grupul de risc de la începutul sarcinii și supravegheate pe toată durata acesteia.

Dintre femeile cu RPPA, la 80,7% travaliul a debutat de sine stătător, iar la 81,2% dintre acestea nașterea s-a terminat pe cale naturală; 6,6% au necesitat declanșarea travaliului cu prostaglandine, având colul biologic nepregătit și 72,2% dintre ele au născut per vias naturalis. Alte 6,6% dintre toate femeile cu RPPA având colul biologic pregătit, dar cu lipsa activității de travaliu, au necesitat declanșarea nașterii cu soluție de oxitocină, majoritatea însă au fost cu eșec și nașterea s-a terminat prin operație cezariană la 61,2% dintre acestea.

Analizând perioada alichidiană, am determinat că la toate parturientele supuse managementului expectativ, debutul travaliului a survenit până la 24 ore de la scurgerea lichidului amniotic, iar la 89,9% dintre ele travaliul s-a instalat de sine statător până la 12 ore de perioadă alichidiană.

Au fost cercetate complicațiile post-partum; diferențe au existat doar prin patologia de inserție a placentei, care s-a depistat cu 1,6% mai des în grupul parturientelor cu RPPA, ceea ce a necesitat o intervenție chirurgicală. La o perioadă alichidiană de 18 ore, tuturor parturientelor li s-a efectuat profilaxia infecției cu sol. Ampicilină 2,0 i/v, conform protocolului.

Totodată, în studiul nostru nu am evidențiat nici un caz de corioamnionită sau alte complicații septice în perioada post-partum.

Analizând rezultatele imediate ale nașterii prin evaluarea scorului Apgar nu am stabilit o diferențe statistice marcante, în 93,7% nou-născuții au fost apreciați cu scor Apgar mai mare de 7 puncte în primul minut și doar în 6,3% acesta a fost de 6 puncte în primul minut de viață. Aceste date ne demonstrează din nou că nu există o corelație statistică între RPPA la termen și starea nou-născuților în cazul acordării asistenței medicale spitalicești calificate [4].

Întâmplător, în urma evaluării datelor statistice din studiul nostru, s-a observat o diferență între grupurile de parturiente studiate și apartenența lor la grupa sangvină. S-a depistat că femeile cu grupa sangvină B au o probabilitate cu 14,1% mai mare de a avea o sarcină asociată RPPA. Acest risc crește până la 25,4% la primiparele peste 25 ani.

Concluzii. Rezultatele cercetării de față impun necesitatea de a acorda o mai mare atenție profilaxiei și tratamentului factorilor de risc pentru a reduce incidența RPPA la termen. Aplicarea unei tactici expectative în intervalul de până la 24 ore, în lipsa complicațiilor, se soldează cu un debut spontan al travaliului în aproape 90% de cazuri. Utilizarea de rutină a antibioticelor cu scop profilactic la femeile cu RPPA a evidențiat reducerea incidenței morbidității infecțioase materne și fetale.

Bibliografie

- 1. Bayo M, Berlanga M, Agut M.** Vaginal microbiota in health pregnant women and prenatal scening of group B streptococci (GBS): *Int Microbiol* 2002 Jun;5 (2):87-89
- 2. Beckmann, Charles.** *Premature Rupture of Membrans* 2014, pp 169-173 *Obstetrics and Gynecology, 7e*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippicott Williams &Wilkins.pp. Chapter 17
- 3. Cunningham, F Williams Obstetrics.** New York: McGraw-Hill Education. Pp. Chapter 23: Abnormal Labor, 2014
- 4. Eleje GU, Ezabialu IU, Umeobika JC, Eke AC, Ezeama CO, Okechukwu ZC.** *Pre-Labour Rupture of Membrans at Term: A Review of Management in a Health Care Institution*, 2010
- 5. H. Marret.** *La rupture prematuree des membrans en dehors du travail: conduite a tenir*, 2010
- 6. Mercer BM, Golberg RL, Moawad AH et al.** The preterm prediction study : effect of gestational age and cause of birth on subsequent obstetric outcome, National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:738-745 (Level II-2)
- 7. Moore RM, Mansour JM, Redline RW, Mercer BM, Moore JJ.** The physiology of fetal membran rupture: insigh gained from the determination of phisical properties: 2006 Nov-Dec;27(11-12):1037-51.Epub 2006
- 8. Revathi V., Sowjanya R., Lavanya S.** Maternal and Perinatal Outcome in Premature Rupture of membrans at term. *IORS Journal of Dental and Medical Sciences*, Volume 14, Issue 4 Ver.IV (Apr 2015) pp12-15
- 9. Suwannachat B.** Planned early birth versus expectant management for prelabour rupture of membrans at term (37 weeks and more), The WHO Reproductive Heath Library, Geneva 2007
- 10. «Practice Bulletins No.139».** *Obstetrics and Gynecology.122 (4):918-930. October 2013:10.1097/01.AOG*
- 11.** Protocol Clinic Standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi. Ruperea prenatală a membranelor la termen, 2013, p.8

Corina Iliadi-Tulbure¹, Svetlana Jubîrcă², Viorica Coşpormac³, Cristina Murşiev¹, Ana Batîr¹

CONTROLUL DURERII ÎN TRAVALIUL

¹ Catedra Obstetrică și ginecologie nr.2, USMF "Nicolae Testemițanu",

³ Catedra Anesteziologie și reanimatologie nr. 2, USMF "Nicolae Testemițanu"

^{1,2,3} IMSP Institutul Mamei și Copilului

SUMMARY

PAIN CONTROL IN LABOUR

Key-words: pain in labour, epidural analgesia in labour, general analgesia in labour.

Birth giving is a physiological process, probably being the most painful experience a woman has to pass through. The woman's ability to face the labour pain depends on factors as: the parity, the previous birth experience, the onset of the labor, the associated maternal and fetal diseases, the emotional support and psycho-social aspects, the level of antenatal birth readiness and education. During birth, the pain has a diffuse localization, having a somatic origin during the first period and a well localized, visceral origin during the expulsion. The main factors that have influence upon the distribution and perception of the pain in labor are: the dilatation of the cervix, uterine contractions, the distension of the birth canal, the perineum and the inferior uterine segment etc. Pain during labor can be attenuated by non-pharmacological remedies, epidural or general analgesia. Epidural analgesia represents the golden standard of pain control in labor. The advantages of the epidural analgesia are the high effectiveness and the easiness of administration, the fact of keeping the patient in a clear conscience and implied in the process, diminishing the sensation of pain and no effect upon the contractions and the mother's and the baby's state. The literature suggest that a woman's demand for analgesia is a sufficient indication for applying it in labor. Despite that, in each case the decision should be taken individually. A systematic review showed that epidural analgesia is associated with an increased length of the second stage of labor, an increased oxytocin usage and instrumentally assisted births, without influencing the rate of cesarean sections. Most of the patients (82%) understand that birth giving is a painful process and desire to diminish the ache, requesting and applying different methods for pain killing. When evaluating the analgesia in labor, factors like the woman's content should be taken into consideration together with the level of obtained pain release.

РЕЗЮМЕ

КОНТРОЛЬ БОЛИ В РОДАХ

Ключевые слова: боль в родов, эпидуральная аналгезия в родов, общая аналгезия в родов.

Роды – это физиологический процесс, который также является наиболее болезненным опытом в жизни женщины. Способность женщины, справиться с болью во время родов зависит от следующих факторов: количество родов, опыт предыдущих родов, способ начала родов, патология матери и /или плода, эмоциональная поддержка, психо-социальный уровень, антенатальное обучение, информированность. Боль в первом периоде родов воспринимается как нелокализованная, соматическая, а в потужном периоде как локализованная, висцеральная. Основными факторами влияющими на появление и ощущение боли во время родов являются: открытие шейки матки, сокращение матки, растяжение нижнего сегмента и промежности, воздействие предлежащей части на костный таз и мягкие ткани. Уровень болевых ощущений в родов можно уменьшить при помощи: нефармакологических средств, эпидуральной или общей аналгезии. Эпидуральная аналгезия является золотым стандартом в борьбе с болевым синдромом в родов. Преимуществами эпидуральной анальгезии являются: высокая эффективность, сохранение ясного сознания роженицы и ее активное участие, снижение интенсивности болевого синдрома, отсутствие угнетающего эффекта на сократительную активность матки и состояние матери и плода. Авторы исследований посвященных болевому синдрому в родов, свидетельствуют о том, что желание матери является достаточным показателем для применения анальгезии в родов, однако решение должно приниматься индивидуально. Систематический обзор показал что эпидуральная анальгезия ведет к удлиннению второго периода родов, повышению частоты стимуляции окситоцином и инструментальных родов, но не влияет на частоту кесарева сечения. Большинство беременных (82%), зная о наличии болевого синдрома при родов, прибегают к различным методам облегчения боли. Оценка обезболивания в родов требует анализа удовлетворенности женщин, одновременно с полученным эффектом обезболивания.

Actualitate. Nașterea este un proces fiziologic și un eveniment considerat normal, cu toate acestea constituie cea mai dureroasă experiență din viața unei femei. Din literatura de specialitate rezultă că orice parturientă își pune preponderent două întrebări: 1. copilul se va naște oare fără complicații și 2. dacă ea va suporta durerile din travaliu. Prin intermediul unei conduite adecvate și al consilierii în naștere, precum și prin alegerea unei metode satisfăcătoare de cupare a durerii, personalul medical ar trebui să-i ofere parturientei răspuns printr-un “da” ferm la prima întrebare și prin “nu” la fel de ferm la cea de-a doua [1]. Capacitatea unei femei de a face față durerii din travaliu pare să fie influențată de aspecte medicale și sociale, ca: paritatea, experiența din nașterile anterioare, modalitatea de debut a travaliului, masa estimativă fetală, patologia maternă și /sau fetală asociată, backgroundul cultural, etnic, suportul emoțional în sarcină și naștere, aspectele psihosociale, ca frica și anxietatea, gradul de pregătire antenatală, nivelul studiilor și intelectul [2,5]. Se consideră că nu există nicio altă circumstanță pentru care este acceptabil faptul ca o persoană să suporte o durere atât de intense, cum este cea din travaliu, în timp ce primește îngrijiri medicale.

Pregătirea de naștere este extrem de importantă și prin prisma percepției și controlului durerii. Este cunoscut faptul că atunci când parturienta este informată despre prezența durerii în travaliu, ea o resimte cu o intensitate mai scăzută, astfel micșorând și cerința față de cuparea durerii prin utilizarea diverselor metode. Conform chestionarului McGill, durerea este apreciată printr-un scor de la 0 la 50. Se consideră că o nulipară care nu a beneficiat de pregătire preparatum va percepe durerea pe o scară de aproape 40 puncte care, după intensitate, poate fi asemănată cu procedura de amputare a degetului. Dacă nulipara a primit informația necesară fiind pregătită de naștere și cunoaște despre progresul perioadelor de naștere, ea ar putea percepe durerea ca fiind mai aproape de 30 puncte. În cazul unei multipare intensitatea durerii este percepută între 25-30 puncte, experiența nașterilor anterioare având un rol atât pozitiv, cât și negativ. În ultimele două cazuri, parturientele pot resimți durerea care, după intensitatea sa, este asemănată cu lombalgia cronică, durerea fantomă, durerea din cancer, neuralgia periferică, durerea generată de traumatism, leziune prin tăiere, durerea de dinți sau cea din artrită [6]. Datele literaturii de specialitate relatează despre folosirea The Visual Analog Scale, ca instrument eficient de apreciere a durerii în naștere, pacientele fiind rugate să-și eticheteze durerea în funcție de intensitatea pe care o resimt [9]. Este apreciată inclusiv interdependența dintre expectanțele parturientei și percepția durerii [1].

În naștere durerea este percepută de parturientă ca fiind nelocalizată, somatică, în prima perioadă, și ca localizată și viscerală, în perioada de expulzie. Fac-

torii principali ce influențează propagarea și percepția durerii în travaliu sunt: dilatarea colului uterin, contracțiile și distensia uterului, hipoxia tisulară, ischemia miometrului, distensia filierei genitale și a perineului, destinderea structurilor anatomice adiacente (anexe, ligamente uterine, peritoneul parietal, uretra, vezica urinară și rectul, plexul lombosacral), distensia segmentului inferior și acțiunea părții prezentate asupra țesuturilor moi și inelului osos al pelvisului. Senzațiile resimțite pe durata primei perioade de naștere sunt transmise prin nervii senzoriali care acompaniază nervii simpatici până la organele pelviene. Acești nervi penetrează coloana vertebrală la nivelul vertebrelor T10-L1, care corespund locului unde durerea este resimțită de-a lungul unuia sau mai multor dermatoame. Durerea este percepută primordial în timpul contracțiilor uterine atunci când presiunea intrauterină este de peste 25 mm Hg. Pe parcursul progresiei travaliului, intensitatea contracțiilor se majorează și durerea este resimțită de către parturientă cu intensitate crescândă, pe o durată de cca 45-60% din contracție. Durerea somatică este datorată distensiei planșeului pelvian, vaginului și perineului, și începe la finele primei perioade de travaliu, persistând pe parcursul perioadei de expulzie, când craniul fetal coboară în filiera pelvio-genitală. Senzațiile sunt transmise prin nervii pudendali până la coaloana vertebrală, la nivelul vertebrelor S2-S4. Necesitatea fermă de screamă este în egală măsură transmisă de nervii sacrați [6,10]. Luând în considerare cele expuse, există diverse tehnici anesteziologice care se utilizează pentru a bloca aceste influxuri și a acționa asupra diverselor structuri anatomice.

Există diverse studii care încearcă să aprecieze prezența durerii în naștere, caracteristica acesteia, intensitatea și topografia ei. Studiile care se referă la durerea în travaliu sunt multiple și diverse, deoarece fiecare femeie resimte în mod diferit durerea în naștere. Durerea în travaliu este percepută prin efectele pe care aceasta le are asupra mamei și fătului, precum și prin răspunsul pe care parturienta îl dă la utilizarea diverselor opțiuni pentru atenuarea durerii. Se consideră că peste 50% din parturiente resimt durere de la severă, foarte severă până la insuportabilă, de unde și vine necesitatea de efectuare a diverselor metode de analgezie în travaliu [1,9,11]. Conform datelor literaturii, durerea intensă în travaliu o resimt pacientele care au istoric ginecologic complicat prin: dismenoree pronunțată, parturientele de vârstă tânără (în special adolescentele), femeile cu un indice al masei corporale crescut și/sau masă estimativă fetală mare, în caz de varietate posterioară a fătului, în cazul experienței negative din sarcinile, nașterile și perioadele post-partum anterioare etc. Durerea atenuată o resimt parturientele pregătite și consiliate pentru travaliu, femeile care practică exerciții fizice regulate, cele care beneficiază de parteneriat în naștere și au așteptări realizate

în diverse domenii, atât de ordin medical, social, cât și economic [1,4,11].

Controlul durerii în travaliu poate fi atenuat prin: pregătire de naștere, remedii non-farmacologice, analgezie peridurală sau alte tehnici regionale, și chiar anestezie generală. Este bine cunoscut faptul că există un șir de opțiuni nonfarmacologice: metoda psihoprofilactică, preluarea poziției verticale de către parturientă, utilizarea tehnicilor de masaj și presopunctură care favorizează suportul emoțional în naștere [5,11]. Tratarea prin căldură sau frig sporește confortul femeilor, la fel ca și hidroterapia. Multe discuții sunt purtate despre necesitatea de efectuare a mișcării de către parturientă, pe parcursul travaliului, fapt care de altfel, favorizează progresia nașterii, reducând perceperea contracțiilor de intensitate crescută, facilitând descensiunea craniului fetal etc. Printre alte metode mai pot fi utilizate: audioanalgezia («sunetul valurilor mării», «sunetul picăturii căzânde») și aromaterapia.

Avantajele analgeziei în travaliu sunt: minimalizarea emoțiilor negative și a fricii parturientei; asigurarea unui efect analgezic bun și a unui confort deplin pentru parturientă și făt; păstrarea conștiinței parturientei și capacității de a participa activ în procesul de naștere; lipsa acțiunii negative asupra lactației și evoluției fiziologice a perioadei post-partum. Analgezia în travaliu trebuie să corespundă anumitor criterii: ușor de administrat, fără repercusiuni asupra stării fătului și asupra activității de travaliu, siguranță, disponibilitate crescută în efectuare și lipsa necesității îngrijirilor speciale pentru mamă și făt. Analgezia în travaliu nu se rezumă doar la alinarea durerii. Ea poate modifica răspunsurile fiziologice, aducând beneficii atât pentru starea parturientei, cât și a fătului. Efectele fiziologice resimțite în urma utilizării unei metode de analgezie în travaliu sunt: respiratorii (tahipnee, scăderea volumului respirator); cardiovasculare (tahicardie, creșterea debitului cardiac, creșterea tensiunii arteriale, a tensiunii venoase centrale, aritmie, scăderea fluxului coronarian); de activitate uterină (dereglarea funcției contractile a miometrului, spasmul reflex al mușchilor planșeului pelvian); digestive (greață, vomă); metabolice, și nu mai puțin importante, sunt cele morale [1,5,6,9,11].

Personalul medical deseori subestimează intensitatea durerii pe care femeia o percepe în travaliu, și pe de altă parte, are tentația de a supraestima senzația de ușurare pe care parturienta o resimte la efectuarea analgeziei în travaliu. Menționăm că parturientele aleg diverse metode de cupare a durerii în travaliu. Autorii studiilor despre durerea în naștere opinează că cererea maternă reprezintă în sine o indicație suficientă pentru analgezia în naștere [2,4,7,8]. Cu toate acestea, decizia trebuie luată în mod individualizat, ținând cont de suma factorilor ce ar putea minimaliza efectul metodei și genera eventuale complicații, evident cu excluderea preventivă a contraindicațiilor. Hotărârea despre ale-

gerea metodei va depinde de o multitudine de factori, ca: paritatea, starea fătului la CTG, anticiparea unei posibile prelungiri a perioadei de expulzie prin poziția patologică a fătului sau macrosomia fetală. În aspect de consiliere, este foarte importantă obținerea consimțământului din partea pacientei. Cu această ocazie este necesar de oferit informație pacientei despre avantajele metodei și posibilele riscuri, inclusiv despre alte opțiuni, fiind foarte important de a răspunde la toate întrebările adresate de pacientă.

Trebuie menționat faptul că, deși utilizarea analgeziei epidurale a luat amploare pe parcursul ultimilor ani în practica obstetricală, analgezia generală este la fel o metodă folosită până în prezent din diverse motive, cum ar fi: contraindicații pentru analgezia epidurală sau imposibilitatea efectuării acestei proceduri în unele spitale. Studiile de specialitate consideră că femeile care aleg utilizarea analgeziei sistemice sunt informate insuficient despre posibilele riscuri pe care le comportă această metodă de cupare a durerilor în naștere. Opioidele utilizate reduc intensitatea durerii, dar nu oferă o analgezie completă. În unele cazuri analgezia sistemică este utilizată în travaliul rapid, având o eficacitate acceptabilă și fiind posibil un tratament rapid al reacțiilor adverse în caz de survenirea lor. Atunci când efectele adverse se manifestă, opioidele afectează atât starea mamei (greață, vomă, disforie, somnolență, depresie respiratorie etc.) și a fătului, cât și a nou-născutului. Preparatele utilizate cauzează, în egală măsură, diminuarea variabilității ritmului cardiac fetal și riscul depresiei respiratorii la nou-născut, apariția efectelor corelând cu alegerea momentului și dozei administrate de preparat. Ele pot genera modificări comportamentale neurologice pe durata a câtorva zile, la fel ca și diminuarea capacității de sugere în primele 24 ore după naștere la nou-născut [1].

La administrarea preparatelor medicamentoase, ar trebui ținut cont de faptul că preparatele pot traversa bariera placentară și influența asupra stării fătului. Din acest considerent, pentru efectuarea analgeziei în travaliu, este necesar de ales, cu precauție și în mod individualizat, preparatul medicamentos ce va fi utilizat. Oricât am dori să oferim confort parturientei, nu trebuie uitat că creșterea dozelor de analgezice, micșorarea intervalelor de administrare a acestora poate induce riscul survenirii insuficienței forțelor de contracție, creșterea pericolului unei hemoragii post-partum, depresiei fetale etc. Astfel, este important de a alege din prima o metodă sigură și eficientă de analgezie a travaliului. Una dintre aceste metode este considerată a fi analgezia epidurală.

Analgezia epidurală reprezintă o blocada nervoasă centrală, obținută prin injectarea unui anestezic local în regiunea inferioară a coloanei vertebrale, blocând transmiterea impulsurilor de durere generate de contracția uterină din travaliu. Analgezia epidurală este cea mai frecvent utilizată formă de management

al durerii în naștere, în special în țările dezvoltate, constituind standardul de aur în controlul durerii din travaliu. Procedura constă în administrarea locală de anestezic, cu sau fără opioid, injectată în spațiul epidural, care produce o pierdere reversibilă a funcțiilor motorii și de sensibilitate. Anestezicele locale inhibă conducerea nervoasă prin blocarea canalelor de sodiu din membranele neurale, astfel prevenind propagarea impulsurilor. Combinația unei concentrații mici de anestezic cu un opioid reduce considerabil efectele adverse ale anesteziei epidurale și sporește satisfacția parturientei. Sunt cunoscute mai multe modalități de efectuare a anesteziei epidurale: intermitentă, prin utilizarea pompei epidurale controlate de pacientă (PECA), infuzia continuă cu sau fără PECA. Utilizarea PCEA permite femeilor să-și controleze durerea în mod independent, acestea fiind setate de obicei pentru 30 minute. Folosirea PECA este asociată cu scoruri de durere mai joase, blocaje motorii mai puține și satisfacția maternă crescută. Îmbunătățirile metodei includ menținerea mai multor funcții motorii și chiar abilitatea femeii de a se deplasa pe parcursul travaliului («epidurala mobilă»), o rezistență mai mare și reducerea efectelor adverse [2,4,7,8,10].

Avantajele analgeziei epidurale constau în: eficacitate înaltă și simplitatea metodei; păstrarea parturientei în conștiință clară; aspectul participativ al parturientei; diminuarea resimțirii intensității durerii de către pacientă; lipsa efectului inhibitor asupra activității contractile și asupra stării mamei și a fătului. Metoda este efectuată atunci când sunt prezente: intensitatea contractiilor este crescută, astfel încât parturienta le resimte ca fiind insuportabile; discoordonarea activității contractile, distocia colului uterin, preeclampsia severă, patologia cardiacă și respiratorie avansată. Contraindicațiile care limitează alegerea metodei sunt: semnele de infecție locală sau infecția sistemică, hemoragia, hipotensiunea, patologia neurologică, trombocitopenia sub 150000, administrarea de anticoagulate, dereglări de coagulare, șoc, dereglări anatomice la nivelul efectuării procedurii. Refuzul pacientei sau lipsa consimțirii și cooperării acesteia trebuie considerată ca o contraindicație absolută [2,4,7,8,10].

The National Audit Project 3, unul din cele mai mari studii care au evaluat anestezia regională, a accentuat siguranța analgeziei epidurale în naștere, susținând că leziunile pot apărea în doar 1:54000 cazuri, riscul de paralizie sau decese având rata de 1:140000 cazuri [3]. Anestezia epidurală se poate asocia cu creșterea pH-ului acido-bazic la făt, ceea ce sugerează că transfuzia placentară este binemenținută în timpul analgeziei. Cu toate acestea, reacțiile precoce care pot surveni sunt: toxicitate, hipotensiune, insuficiență respiratorie, greață, vomă, bloc motor complet, retenție urinară, depresie fetală, în perioada tardivă fiind posibil să se ateste: cefalee, dereglări vestibulare, abces peridural, hematom peridural, lombalgie, dereglarea

funcției organelor bazinului mic, pareza membrelor inferioare.

Studiile multiple recente, având ca temă cercetarea durerii în travaliu, și în special la utilizarea analgeziei epidurale în naștere, analizează diverse aspecte ale procedurii asupra scăderii intensității durerii, precum și influența analgeziei epidurale asupra rezultatelor finalizării sarcinii. S-a constatat că vârsta pacientei ar putea influența cerința crescută a femeii pentru analgezia epidurală [1,9]. Perioada de adolescență se caracterizează prin lipsa definitivării anumitor modificări neurologice și endocrine, condiționând suportarea mai dificilă a durerii intense în naștere. În cazul adolescentelor, frecvent, se asociază și factorul psihologic, ca depresia în naștere și statutul social incert (lipsa partenerului, suportului moral și financiar). Din aceste cauze durerea resimțită de o parturientă adolescentă este de intensitate de la “foarte intensă” până la “insuportabilă”, necesitând utilizarea analgeziei în travaliu. Sunt algoritmi care sugerează utilizarea analgeziei epidurale ca o opțiune standard în conduita travaliului în perioada de adolescență. Paritatea ar putea influența cererea vs. efectuarea analgeziei epidurale, în special în cazul unei primipare cu vârsta peste 35 ani. Dacă femeia a suportat o experiență negativă, legată de durere pronunțată în nașterile anterioare, fie din motive medicale sau psihologice, ea ar putea cere efectuarea analgeziei epidurale primordial pentru confortul propriu, nefăcând referire la indicații medicale.

Este cunoscut faptul că obezitatea corelează, conform datelor studiilor, cu survenirea posibilelor complicații legate de anestezia epidurală, fiind recomandată conectarea acesteia timpuriu pentru a preveni posibilele complicații. Trebuie menționat faptul că fenomenul obezității are anumite particularități în cazul anesteziei epidurale, ca: dificultăți tehnice de aplicare, tentative repetate, necesitatea unui instrumentar specific, probabilitate mai mare de a puncta spațiul dural sau de a migra în țesutul adipos subcutan etc. Totodată analgezia epidurală efectuată în caz de obezitate, care se caracterizează prin dereglări metabolice, corelează cu creșterea incidenței nașterii instrumentale [12]. Femeile obeze vor necesita utilizarea unei doze crescute de oxitocină, răspunzând mai lent la administrarea ei, precum și inducerea travaliului în caz de necesitate [2].

Deși utilizată frecvent în practica obstetricală, un reviu de literatură sistematic a demonstrat că, în comparație cu alte forme de analgezie, anestezia epidurală sunt asociate cu prelungirea fazei a doua a travaliului, creșterea ratei stimulării ocitocice și un risc crescut pentru nașterea asistată, retenție urinară și febră [2,4,7,8,10]. Astfel, este posibilă creșterea ratei femeilor cu traumatism vaginal, perineal și leziunea sfincterului anal, rezultând în incontinență, patologie vezicală și dereglări sexuale. Mecanismele dezvoltării acestor complicații includ relaxarea mușchilor planșe-

ului pelvian, diminuarea senzației de screamă și reducerea activității uterine.

În pofida faptului că este o formă eficientă de analgezie a travaliului, anestezia epidurală este asociată cu o rată crescută pentru nașterea naturală asistată instrumental [4,7,10]. Totuși, rata nașterilor vaginale asistate la femeile cu analgezie epidurală depinde și de alți factori, precum: doza și concentrația preparatului utilizat și nivelul analgeziei, deoarece este cunoscut faptul că diferite tipuri de analgezie epidurală exercită diverse efecte asupra evoluției travaliului și rezultatului nașterii. Pentru a evita acest fapt, nu se recomandă utilizarea analgeziei epidurale în faza tardivă a travaliului. Acest lucru este practicat și pentru a îmbunătăți capacitatea parturientei de a se scema [1,8,10]. Unele studii au cercetat în ce măsură anestezia epidurală în travaliul indus poate influența creșterea necesității de administrare a preparatelor ocitocice [2,4]. S-a constatat că utilizarea analgeziei epidurale nu a crescut frecvența operației cezariene. Cu toate acestea, indicații pentru operația cezariană au avut mai frecvent femeile cu prelungirea perioadei de expulzie și masa estimativă fetală peste 4000 g [2,10].

Procesul de naștere este asociat cu sindromul doli, iar conform studiilor, satisfacția femeii din procesul de naștere nu este neapărat asociată cu lipsa totală a durerii [1,11]. Majoritatea parturientelor (82%), fiind conștiente de prezența durerii în naștere, doresc atenuarea intensității acesteia, din care considerent cer și recurg la analgezia epidurală sau alte metode de management al durerii. Iar la evaluarea analgeziei în travaliu, ar putea fi la fel de important de analizat gradul de satisfacție al femeii legat de travaliu, concomitent cu nivelul analgeziei obținute.

Bibliografie

1. Aksoy H., Yucel B., Aksoy U., Acmaz G., Aydin T., Babayigit M. The relationship between expectation, experience and perception of labour pain: an observational study. SpringerPlus; nr. 5, 2016, p. 1766.

2. Antonakou A., Papoutsis D. The Effect of Epidural Analgesia on the Delivery Outcome of Induced Labour: A Retrospective Case Series. *Obstet Gynecol Int*, 2016, pp.1-5.

3. Cook T., Counsell D., Wildsmit J. Major complications of central neuraxial block: report on the Third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists. *British Journal of Anaesthesia*, nr. 102(2), 2009, pp. 179-190.

4. Costley P., East C. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Intervention Review*, The Cochrane Collaboration. John Wiley@Sons, Ltd., 2013, pp. 1-3

5. Datta S. et al. Non-pharmacological Methods for Relief of Labor Pain. *Obstetric Anesthesia Handbook*, chapter 7, C Springer Science+Business Media, 2010, pp. 85-93.

6. Flink I., Mroczek M., Sullivan M., Linton S. Pain in childbirth and postpartum recovery – The role of catastrophizing. *European Journal of Pain*, nr. 13, 2009, pp. 312-316.

7. Hasegawa J., Farina A., Turchi G., Hasegawa Y., Zanello M., Baroncini S. Effects of epidural analgesia on labor length, instrumental delivery, and neonatal short-term outcome. *J Anesth.*, nr. 27(1), 2013, pp. 43-47.

8. Kibuka M., Thornton J. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Intervention Review*, The Cochrane Collaboration. John Wiley@Sons, Ltd., 2017, pp. 1-5.

9. Martensson L., Bergh I. Effect of treatment for labor pain: Verbal reports versus visual analogue scale scores – A prospective randomized study. *International Journal of Nursing and Midwifery*, vol. 3(4), 2011, pp. 43-47.

10. Rimaitis K., Klimenko O., Rimaitis M., Morkūnaitė A., Macas A. Labor epidural analgesia and the incidence of instrumental assisted delivery. *Medicina*, vol. 51, issue 2, 2015, pp. 76-80.

11. Silva Gallo R.B., Santos Santana L., Homsy C. et al. Ferreira J. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial *Journal of Physiotherapy*, vol. 59, 2013, pp. 109-116.

12. Singh S., Wirth K., Phelps A., Badve M., Shah T., Seh N., Vallejo M. Epidural Catheter Placement in Morbidly Obese Parturients with the Use of an Epidural Depth Equation prior to Ultrasound Visualization. *Scientific World Journal*, 2013, 6p.

Şişcanu Dumitru¹, Iliadi-Tulbure Corina², Bolun Andriana¹, Viorica Chihai³, Valentina Gurău²
**SUGESTII PRIVIND PERCEPȚIA POPULAȚIEI REFERITOR
LA PREGĂTIREA PRECONCEPȚIONALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

¹IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1,

²Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”

³Departamentul Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”

SUMMARY

SUGGESTIONS ABOUT POPULATION PERCEPTION ON PRECONCEPTIONAL CARE IN REPUBLIC OF MOLDOVA

Key-words: preception, preconceptional care, population perception, maternal and perinatal mortality.

Preconceptional care constitutes one of the best based evidence way to prevent complications during pregnancy and post-partum period. However, it is not sufficiently highlight as a prophylactic activity for maternal, perinatal and infant mortality.

A survey of 253 pregnant women and women after birth was realized. The survey appreciated that 67,0% of women have planned pregnancy, and 56,1% did a preconceptional exam. Only 37,9% of women's partners have participated in preconceptional care. A number of 20,1% women whom received preconceptional care didn't take folic acid. In 90,2% of cases, women which have prepared for pregnancy have received perinatal care during the first 12 weeks of gestation, compared with 77,4% of women who did not plan pregnancy.

Although the authors are aware of the degree of subjectivity of the study, the results suggest that there is a need for a complex situational analysis of the problem related to the knowledge, attitudes and behavior of the population at the preconceptions stage in the Republic of Moldova. At the same time, prospective research should also include issues related to the level of competence of medical workers and their motivation in preconceptional training of couples, taking into account multidisciplinary and intersectoral approaches, including family and community involvement. Another direction of research would refer to the perception of medical workers and the population about the concept of "family planning", which is currently equivalent to the term "contraception" and practically does not include the preconceptual component.

WHO recommendations and international experience can present an important support for straightening the preconceptional population health and care.

РЕЗЮМЕ

ВОСПРИЯТИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ НАСЕЛЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВЫ

Ключевые слова: прекоцепция, прегравидарная подготовка, восприятие населения, материнская и перинатальная смертность.

Прегравидарная подготовка является лучшим, доказанным способом снижения частоты осложнений во время беременности и в послеродовом периоде. Однако она недостаточно востребована специалистами для профилактики материнской, перинатальной и младенческой смертности и заболеваемости.

Опрос 253 беременных женщин и матерей показал, что около 67,0% женщин планировали свою последнюю беременность, а 56,1% из них провели прегравидарную консультацию. Партнеры опрошенных женщин принимали участие в подготовке к беременности в 37,9% случаях. Каждая пятая женщина (20,1%), которая посещала врача, не употребляла фолиевую кислоту для подготовки к беременности. Исследование показало, что 90,2% женщин с прегравидарной подготовкой стали на учет семейного врача до 12 недель беременности по сравнению с 77,4% женщин которые не запланировали беременность.

Несмотря на то, что авторы осознают определенную степень субъективности исследования, результаты указывают на необходимость комплексного анализа проблемы относительно знаний, отношения и поведения населения на этапе прегравидарной подготовки в Республике Молдова. В то же время, будущие исследования должны изучить уровень навыков и мотивацию медицинских работников в оказании услуг по прегравидарной подготовке супружеских пар, а также междисциплинарный подход, в том числе вовлечение семьи и сообщества. Другим предметом исследований может быть определение восприятия медицинских работников и населения концепции «планирования семьи», которая в настоящее время эквивалентна термину «контрацепция» и практически не включает компоненту прегравидарной подготовки.

В этом контексте, рекомендации ВОЗ и международный опыт могут представлять важный ресурс в разработке и реализации программ по укреплению прекоцепционного здоровья и улучшению прегравидарной подготовки.

Actualitatea problemei. Evaluarea preconcepțională a factorilor de risc și corectarea stărilor patologice depistate constituie cea mai bună modalitate de prevenire a complicațiilor obstetricale și perinatale, bazată pe dovezi, precum și de reducere a nivelului mortalității și morbidității materne și infantile. Aceasta este concluzia unui număr vast de studii realizate în ultimele trei decenii în toată lumea [1,2,4]. Cu toate că, la prima vedere, tehnologiile medicale care țin de pregătirea preconcepțională sunt relativ mai puțin complicate și costisitoare, în majoritatea țărilor din lume activitatea în cauză nu constituie o prioritate importantă în domeniul sănătății reproducerii. Astfel, pregătirea cuplurilor către sarcină devine o problemă tot mai actuală.

Una din provocări constituie dinamica indicatorilor de sănătate și nivelul de dezvoltare al generațiilor tinere: conform unor indicatori de sănătate și de dezvoltare, generațiile noi cedează celor precedente.

Pe parcursul anilor programele în sănătatea reproducerii solicită abordări noi pentru a asigura durabilitatea intervențiilor, respectiv, este imposibil de a ignora starea sănătății cuplului înainte de concepție și pregătirea lui către sarcină. În perspectivă, managerii de program vor fi tot mai interesați în valorificarea cât mai eficientă a resurselor financiare alocate, o parte din care vor fi destinate fortificării sănătății preconceptionale [1,2,4,5].

O altă provocare importantă atât pentru lucrătorii medicali, cât și pentru populație, constituie realizările obținute în studierea impactului diferitor factori preexistenți asupra evoluției sarcinii și indicatorilor sănătății materno-infantile [2,6,9].

Drepturile reproductive ale cetățenilor au devenit un subiect important în contextul respectării drepturilor lor constituționale. Această abordare devine tot mai actuală cel puțin prin necesitatea de a oferi cuplului informații relevante despre sănătatea reproductivă și riscurile de sănătate persistente, solicitarea acordului informat în cazul unor intervenții medicale etc. Alte aspecte juridice se referă la situațiile de malpraxis, când examinarea acestor cazuri poate constata faptul, că unele complicații în timpul sarcinii sau după naștere ar fi fost evitabile, în condițiile când cuplul ar fi efectuat o pregătire pregravidară corespunzătoare [3,8,9]. Este bine cunoscut faptul că uneori, în cadrul discuțiilor cazurilor de mortalitate sau morbiditate maternă sau infantilă, se ajunge la concluzia că femeia a devenit însărcinată la momentul nepotrivit, adică fără o pregătire adecvată [4,5].

Cele menționate denotă faptul că unii factori de risc în profilaxia mortalității materne, perinatale și infantile trebuie identificați la etapa preconcepțională.

Scopul cercetării a constat în stabilirea nivelului de percepție a populației de vârstă reproductivă privind importanța pregătirii preconceptionale pentru un final satisfăcător al gravidității.

Material și metode. Studiul a fost realizat în baza chestionării a 253 femei gravide, lăuze și mame, în perioada mai-iunie 2018. Un număr de 175 femei (69,2%) au fost intervievate în cadrul IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1 din Chișinău. Restul 78 femei (30,8%), au completat un chestionar similar online, plasat pe un portal destinat pentru mame.

Chestionarul elaborat a inclus întrebări care s-au referit la mediul de reședință; numărul de sarcini și nașteri; constatarea faptului dacă ultima graviditate a fost planificată; dacă femeia și partenerul acesteia au efectuat consultația preconcepțională la medic și în ce măsură au fost respectate recomandările specialistului în ceea ce ține de pregătirea către sarcină; utilizarea preconcepțională a acidului folic; inițierea îngrijirilor perinatale etc.

Rezultate. Majoritatea respondentelor (182 femei – 71,9%) sunt locuitoare ale municipiului Chișinău; 38 (15,0%) locuiesc în localitățile suburbane ale municipiului; alte 71 femei (28,1%) sunt din regiunile rurale ale Republicii Moldova. Un număr de 169 intervievate (66,8%) au menționat că ultima lor sarcină a fost planificată, fără a fi stabilită o corelare privind statutul de paritate (primipare, secundipare sau multipare).

La etapa planificării sarcinii, majoritatea respondentelor – 56,1% (142 femei) au efectuat o vizită la medic pentru un consult preconcepțional, în 104 cazuri (73,2%) fiind solicitat consultul medicului obstetrician-ginecolog, iar în 38 cazuri (26,8%) al medicului de familie. Din numărul femeilor care nu au efectuat un consult preconcepțional (111 femei – 43,9%), 57 femei sunt primipare (51,4%), 31 femei sunt după a doua naștere (27,9%), iar 23 respondente după a treia naștere (20,7%). Femeile care nu au recurs la o vizită preconcepțională au argumentat acest lucru prin următoarele motive: lipsa de informație – 18 femei (16,2%); lipsa de încredere în medici – 9 femei (8,1%) (ex. „pentru a evita un diagnostic incorect și prescrierea unor medicamente cu scop comercial”); 28 femei (25,2%) au considerat că vizita preconcepțională nu este necesară deoarece s-au condus după principiile: „cum dă Dumnezeu”, „mă simțeam bine”, „nu am avut motive de îngrijorare”; 8 femei (7,2%) au motivat prin lipsă de timp („nu am avut timp”, „nu am avut timp și nu mi-a recomandat nimeni în mod deosebit vre-o pregătire serioasă”) etc.

Sondajul a stabilit, că partenerii femeilor intervievate, de asemenea, au fost interesați în pregătirea cuplului către sarcină, doar că într-o proporție mai mică – 37,9% (96 persoane). Merită atenție faptul că, în conformitate cu răspunsurile din chestionare, majoritatea absolută a femeilor (131 persoane – 92,3%) și a partenerilor lor (92 persoane – 95,8%) au respectat recomandările primite în cadrul consultului preconcepțional.

În ceea ce privește comportamentul femeilor anterior survenirii sarcinii, sondajul a inclus doar o întrebare, care s-a referit la suplimentarea alimentară cu acid folic.

Din numărul total, 135 femei (53,4%) au administrat acid folic. Dintre ele, 30 femei (22,2%) au utilizat acid folic fără a face un consult preconcepțional, cunoscând despre necesitatea administrării suplimentului („țineam minte recomandarea medicului ginecolog de la sarcina precedentă și am luat singură”, „mama mi-a recomandat” etc.). Studiul a constatat că 58 femei (43,0%) au urmat acid folic timp de o lună înainte de sarcină, 50 (37,0%) femei au utilizat preparatul timp de 1-2 luni și 27 femei (20,0%) – mai mult 2 luni.

Un interes deosebit prezintă rezultatele obținute în studiu privind comportamentul preconcepțional al femeilor intervievate care și-au planificat sarcina și au menționat că au efectuat o pregătire pregravidară la recomandarea medicului. Astfel, fiecare a 5-a femei care a efectuat o vizită preconcepțională la medic (20,1%) nu a utilizat acid folic în perioada preconcepțională.

Circa 241 femei (95,3%) cunoașteau semnele de instalare ale sarcinii și cum ar trebui să acționeze în asemenea situații.

Un alt criteriu studiat a fost termenul de sarcină la care femeile intervievate s-au prezentat la medic pentru îngrijiri perinatale. Astfel, 196 femei s-au adresat la medicul de familie pentru a fi luate în evidență la un termen mai mic de 12 săptămâni, ceea ce constituie 77,4%, iar 57 femei (22,6%), s-au adresat la un termen mai avansat. Printre femeile care au planificat sarcina, 138 gestante (82%) au inițiat îngrijirile perinatale până la termenul de 12 săptămâni. Din grupul de femei care au efectuat o vizită preconcepțională, 128 femei (90,1%) s-au adresat la medicul de familie pentru evidență cu sarcina în primele 12 săptămâni, restul 14 femei (9,9%) – între 13 și 25 săptămâni.

Discuții. În mediul academic nu există o opinie unanimă privind definiția exactă a noțiunii de „perioadă preconcepțională”, cel puțin din motiv că nu este posibil de a prezice cu exactitate când va surveni graviditatea. Mulți autori descriu îngrijirile în pregătirea către sarcină începând cu trei luni înainte de concepție, unele proceduri fiind continuate și în primul trimestru de gestație [5,8]. În același timp, alți autori consideră că este nevoie de mai mult timp pentru a aborda problemele de sănătate sau pentru a forma comportamente pozitive în materie de sănătate preconcepțională. Astfel, în unele surse bibliografice se propune ca perioada de concepție să fie definită ca minimum 1-2 ani înainte de inițierea oricărui contact sexual neprotejat, care ar putea genera survenirea sarcinii [3,9].

Conform OMS, pregătirea preconcepțională prevede intervenții biomedicale, comportamentale și sociale adresate femeilor și cuplurilor înainte de concepere pentru soluționarea unor eventuale probleme de sănătate sau comportamentale și reducerea acțiunii unor factori de risc individuali sau de mediu care ar putea contribui la mortalitatea și morbiditatea mamei și copiilor. Astfel, scopul final al pregătirii cuplurilor către sarcină constă în ameliorarea indicatorilor

sănătății materne și infantile [1,7,9].

Pregătirea preconcepțională include câteva etape:

I. Evaluarea stării de sănătate a viitorilor părinți și identificarea unor eventuali factori de risc: istoric, examen clinic, screening de laborator;

II. Măsuri preventive: planificarea sarcinii, corectarea modului de viață (nutriția, indicele masei corporale, activitatea fizică), evitarea comportamentelor nocive (consum de alcool, droguri, fumat), utilizarea suplimentelor cu vitamine și minerale;

III. Măsuri terapeutice și preventive suplimentare pentru femeile cu antecedente obstetricale, ginecologice sau afecțiuni somatice [1,2,8,9].

Intervențiile menționate sunt argumentate din motiv că cele mai importante modificări în dezvoltarea embrionului se manifestă în perioada în care majoritatea femeilor nici măcar nu conștientizează că sunt însărcinate, iar primul contact cu sistemul de îngrijire perinatală este, frecvent întârziat pentru a primi recomandări despre schimbări în comportament care ar conduce la un stil sănătos de viață.

Mai multe studii observaționale au constatat că femeile care au beneficiat de sfaturile oferite de lucrătorii medicali înainte de sarcină, au avut mai multe șanse de a adopta comportamente mai sănătoase, inclusiv prin administrare de acid folic și abordarea unei diete sănătoase, care poate influența pozitiv dezvoltarea fătului [5,7].

Asistența preconcepțională se axează pe starea de sănătate a femeilor și bărbaților, indiferent de planurile lor reproductive. Ea le oferă oportunitatea de a combate unele probleme de sănătate înainte de survenirea sarcinii și identificarea factorilor de risc care ar putea afecta rezultatele sarcinii și sănătatea viitoarelor generații [1,6,8]. Sănătatea femeii și starea ei de bine la momentul concepției este un factor predictiv major al rezultatului sarcinii, astfel că, prin oferirea serviciilor medicale preconceptionale prestatorii de servicii medicale pot asigura ca un număr mai mare de copii să aibă un debut de viață cât mai sănătos, în pofida unor circumstanțe socio-economice nefavorabile [7,9].

Concluzii. Cercetarea realizată a constatat că rolul pregătirii preconceptionale este subestimat de o parte importantă a populației de vârstă reproductivă (43,8%), iar nivelul percepției participanților la sondaj, privind pregătirea cuplului către sarcină, este determinat și de lipsa unei atitudini proactive din partea lucrătorilor medicali vs. de acest compartiment al activității lor profesionale.

Studiul a evidențiat 2 situații contradictorii. Prima denotă că o parte din femei nu au fost sincere, indicând că au efectuat un consult preconcepțional (pe care în realitate nu l-au efectuat), fapt, care conferă datelor obținute în sondaj un grad înalt de subiectivitate. A doua situație indică o calitate suboptimală a pregătirii către sarcină oferită de medicii obstetricieni-ginecologi și medicii de familie, confirmare fiind ponderea înaltă a femeilor consultate preconcepțional care nu

au utilizat acid folic (a) sau care au inițiat tardiv îngrijirile perinatale (b).

Rezultatele obținute sugerează necesitatea unei analize situaționale complexe a problemei ce ține de cunoștințele, atitudinile și comportamentele populației la etapa preconcepțională în Republica Moldova. Concomitent, cercetările de perspectivă urmează să cuprindă și aspecte legate de nivelul competențelor lucrătorilor medicali și motivarea lor în pregătirea preconcepțională a cuplurilor, luând în considerare abordările multidisciplinare și intersectoriale, inclusiv implicarea familiei și comunității. O altă direcție de cercetare s-ar referi la aprecierea percepției lucrătorilor medicali și a populației vis-a-vis de conceptul „planificarea familiei” care, actualmente, este echivalent cu termenul „contracepția” și practic nu include componenta de pregătire preconcepțională.

În acest context, recomandările OMS și experiența internațională pot prezenta un suport foarte important pentru fortificarea sănătății populației la etapa preconcepțională și pregătirea cuplurilor către sarcină în țara noastră.

Bibliografie.

1. Barrett G., Shawe J., Howden B. et al. Why do women invest in pre-pregnancy health and care? A qualitative investigation with women attending maternity services. *BMC Pregnancy Childbirth*, nr. 15, 2015, p.236.

2. Bernoulli N., Campanini P., Werner C., Zisimopolou S. Du bilan préconceptionnel à la prise en charge des pathologies intercurrentes: suivi des grossesses au cabinet. *Rev Med Suisse*, nr. 11, 2015, pp. 1737-1743.

3. Dean S., Lassi Z., Imam A., Bhutta Z. Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *ReprodHealth*, nr. 11(Suppl 3), 2014, S1.doi: 10.1186/1742-4755-11-S3-S1.

4. Lassi Z., Imam A., Dean S., Bhutta Z. Preconception care: delivery strategies and packages for care. *Reprod Health*. 11(Suppl 3), 2014, S7. doi: 10.1186/1742-4755-11-S3-S7.

5. Mason E., Venkatraman C-M., Baltag V., Christiansen C., Lassi S., Bhutta A. Preconception care: advancing from ‘important to do and can be done’ to ‘is being done and is making a difference. *Reprod Health*, nr. 11(3), 2014, p. 8.

6. Mazza D., Chapman A., Michie S. Barriers to the implementation of preconception care guidelines as perceived by general practitioners: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.*, nr. 13, 2013, p.1. Shannon G., Alberg C., Nacul L., Pashayan N. Preconception healthcare delivery at a population level: construction of public health models of preconception care. *Matern Child Health*, nr. 18, 2014, pp. 1512-1531.

7. Пустотина О.А. и др. Акушерство и гинекология. Методические рекомендации. Издательство: Ремедиум. 2017, 347р.

8. Радзинский В.Е., Пустотина О.А., Верижникова Е.В. и др. Прегравидарная подготовка: клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Москва: Ред. журнала Status Praesens, 2016. 80р.

© Gheorghe Paladi, Olga Gagauz

TENDINȚE DEMOGRAFICE ȘI PROVOCĂRI PENTRI SISTEMUL DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
Institutul Național de Cercetări Economice*

SUMMARY

DEMOGRAPHIC TRENDS AND CHALLENGES TO THE HEALTH PROTECTION SYSTEM FROM THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Key words: population decline, the Republic of Moldova, medical implications.

The article analyzes the main demographic indicators and the prospective trends of the evolution of the population of the Republic of Moldova until 2035. The demographic decline that occurred in the end of the 90's of the XX century led to a significant decrease of the population population and to the deepening of the demographic ageing. In the coming decades population decline will continue at rapid pace, annual population decline will fluctuate around 1.1-2%. The con-

tinuous decrease in the population will be accompanied by significant changes in the number of children, adults and elderly. Demographic trends that are predominant, especially changing the population's structure (reducing the number and proportion of children in a whole of population, and the significant increase in the number and proportion of the elderly) generate many problems and raise new challenges for the health care system. Significant restructuring of the health care system, modification of the personnel training structure, medical specialties, medical institutions, etc. will be necessary.

Efectivul populației și structura socio-demografică a acesteia prezintă un factor important pentru asigurarea dezvoltării socioeconomice a Republicii Moldova, determină structura necesităților sociale, organizarea și dezvoltarea serviciilor de asistență medicală.

Aproape două decenii Republica Moldova se confruntă cu un declin demografic, populația țării se reduce vertiginos atât din cauza sporului natural negativ instalat în 1999, cât și datorită migrației externe enorme, care se asociază nu doar cu diminuarea numerică a populației ci și cu pierderea potențialului reproductiv, cel de muncă și intelectual. Comunitatea academică de mai multe ori a tras semnale de alarmă cu privire la tendințe demografice nefavorabile și necesitatea întreprinderii unor măsuri urgente pentru ameliorarea situației [3, 4, 2]. Însă, complexitatea factorilor care determină dinamica populației, situația socioeconomică instabilă, nivelul de trai scăzut, precum și creșterea oportunităților pentru accesarea piețelor de muncă externe duc la menținerea nivelului înalt de emigrație și la aprofundarea declinului demografic.

În prezent, statistica oficială (Biroul Național de Statistică) arată populația în număr de 3550,9 mii (la 1 ianuarie 2017), care include și cetățenii Republicii Moldova aflați peste hotare o perioadă de lungă durată (mai mult de 12 luni), pe când populația rezidentă este semnificativ mai mică. Rezultatele ultimului recensământ desfășurat în Republica Moldova în anul 2014 a arătat că populația *de jure* (stabilă) constituie 2 998,2 mii persoane, iar populația *de facto* (rezidentă) – 2 789,2 mii persoane. În perioada inter censitară populația țării s-a redus cu 11,4%.

Tabelul 1.

Populația la recensămintele din anii 2004 și 2014, mii persoane

	RP 2004	RPL 2014
<i>Populația de jure</i>	3 383,3	2 998,2
Diferența, %	-	-11,4
<i>Populația rezidentă</i>	-	2 789,2

Sursa: BNS

Notă: fără populația din raioanele de Est și a municipiului Bender

În baza estimărilor alternative [5] cu privire la numărul și structura pe vârste și sexe a populației rezidente (cu reședință obișnuită în țară – 12 luni și mai mult), Centrul de Cercetări Demografice a elaborat o **prognoză demografică** pentru anii 2014-2035*. Rezul-

* Nota: Prognoza demografică include trei scenarii. **Scenariul I – reper**, pornește de la ipoteza că rata totală de fertilitate

tatele demonstrează că în următoarele decenii declinul populației va continua cu ritmuri rapide, scăderea anuală a numărului populației va oscila în jur de 1,1-2%. Conform scenariului mediu către anul 2035 populația țării poate să se micșoreze până la 2 355,7 mii persoane sau cu 19,1% comparativ cu anul 2014 (Fig.1).

Scăderea continuă a numărului populației va fi însoțită de schimbări importante în efectivul grupurilor mari de vârstă (copii, adulți și vârstnici). Astfel, numărul copiilor (0-14 ani) poate să se micșoreze cu cca 128 mii, adulților cu 421 mii, pe când contingentul vârstnicilor se va menține la un nivel stabil, majorându-se cu cca 10 mii (Fig.2).

Declinul populației într-o măsură decisivă este determinat de scăderea drastică a numărului de nașteri. Evoluția anuală a numărului de născuți depinde de nivelul fertilității (numărul mediu de copii per femeie de vârstă fertilă) și de efectivul populației feminine aflate la vârstele fertile, în special între 20 și 40 de ani. Creșterea sau scăderea numărului acestei populații duc automat la variații ale numărului de născuți, chiar dacă fertilitatea se menține constantă. Pentru următorii 20 de ani, dimensiunea și structura pe vârste ale populației feminine de vârstă fertilă (15-49 de ani) sunt cunoscute cu mare precizie, această populație fiind compusă din femei care se află astăzi în viață. În anii următori se prefigurează o scădere continuă a acestei categorii de populație atât din cauza emigrației, cât și din cauza că vârsta reproductivă va fi atinsă de generațiile puțin numeroase născute la sfârșitul anilor '90 – începutul anilor 2000. Ca consecință, în următoarele decenii se va înregistra scăderea semnificativă a contingentului fertil, în special a femeilor în cele mai active vârste de reproducere. Astfel, numărul femeilor în vârstă de la 20 până la 40 de ani se va reduce de la 453,4 mii până la 276,4 mii (cu 177 mii), (Fig. 3).

se va menține la nivelul anului 2014 de 1,65 copii per femei de vârstă fertilă; speranța de viață la naștere pentru bărbați se va majora de la 64,9 ani până la 67 de ani, iar pentru femei de la 73,7 până la 75,8 ani; sporul migrațional în perioada prognozată va crește anual de la -1% la -1,3%. **Scenariul II – mediu**, pornește de la ipoteza unei creșteri moderate a fertilității – de la 1,65 până la 1,85 copii per femeie de vârstă fertilă către anul 2035; creșterea speranței de viață la naștere pentru bărbați până la 69,1 de ani iar pentru femei până la 77,9 de ani; sporul migrațional se va reduce anual de la -1% până la -0,5%. **Scenariul III – optimist**, se bazează pe ipoteza creșterii ratei totale de fertilitate până la 2,1 copii per femeie de vârstă fertilă către anul 2035; creșterea speranței de viață la naștere pentru bărbați până la 71 de ani iar pentru femei până la 80 de ani; scăderea sporului migrațional negativ către sfârșitul perioadei de prognozare până la 0% anual.

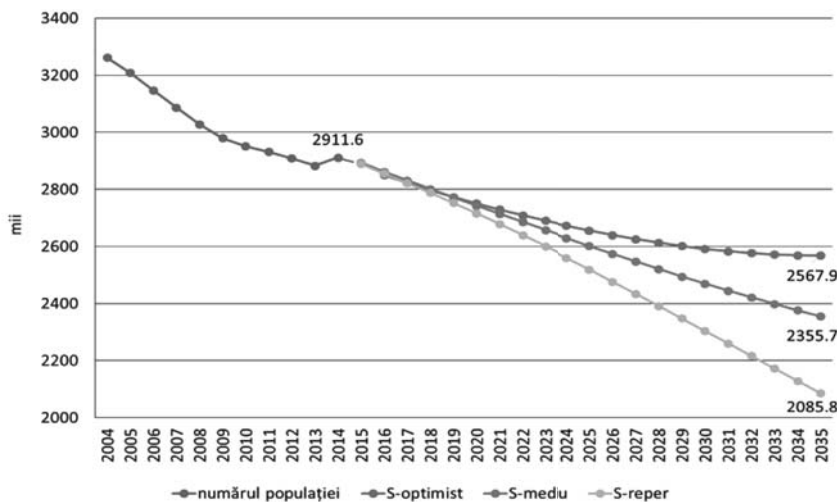


Fig.1. Populația Republicii Moldova în anii 2004-2035: estimări și prognoza
Sursa: Analiza Situației Populației din Republica Moldova, 2016.

Fig.2. Dinamica numărului copiilor, adulților și vârstnicilor, 2015-2035
Sursa: Calculat în baza prognozei demografice a Centrului de Cercetări Demografice.

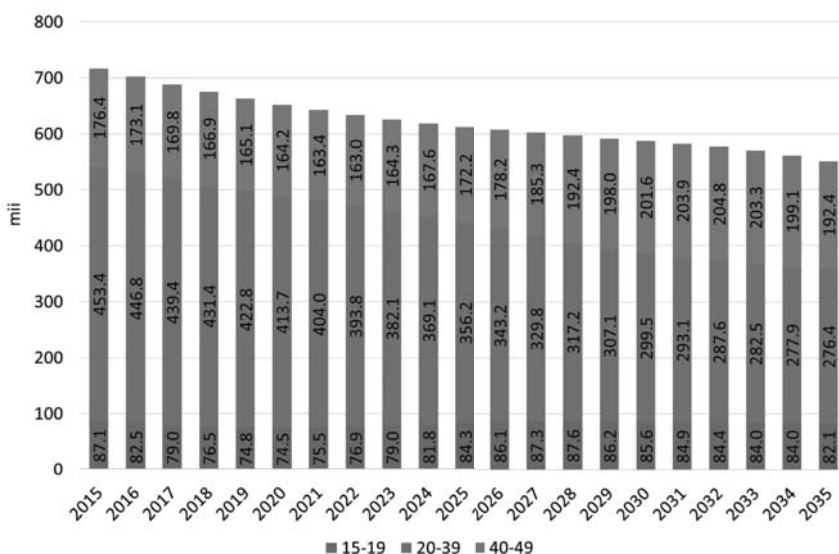
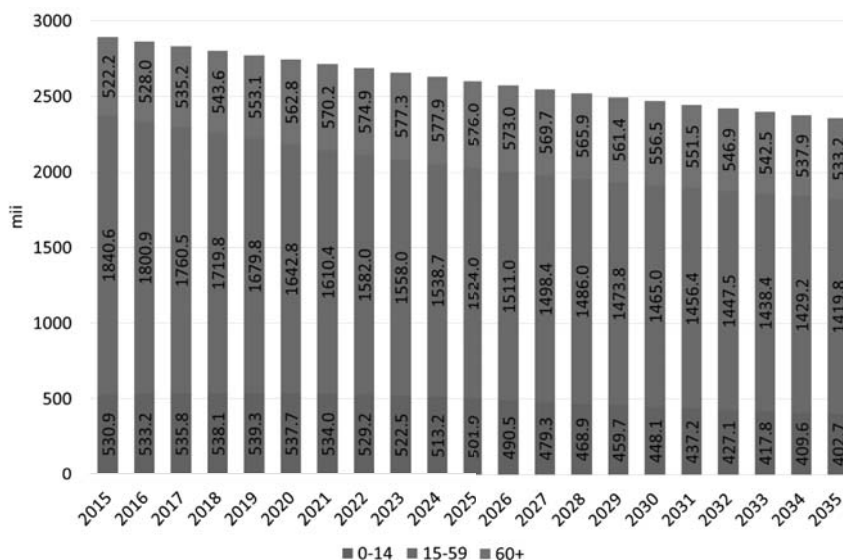


Fig. 3. Dinamica efectivului populației feminine de vârstă reproductivă, varianta medie, 2015-2035
Sursa: Calculat în baza prognozei demografice a Centrului de Cercetări Demografice.

Chiar dacă în anii următori rata totală de fertilitate va avea o tendință de creștere, efectivul numeric al nașterilor va fi foarte mic și nu va putea recupera declinul populației, determinat de creșterea numărului de decese

ca rezultat al îmbătrânirii demografice. Toate trei scenarii ai prognozei demografice demonstrează o scădere drastică a numărului de nașteri în următoarele decenii. Conform scenariului scăzut numărul anual de nașteri

către sfârșitul perioadei de prognozare poate să se micșoreze până la cca 20 de mii. Scenariu mediu arată o scădere până la 25,9 mii către anul 2030 și stabilizarea situației în perioada următoare. Doar creșterea ratei totale de fertilitate până la 2,1 copii per femeie de vârstă fertilă poate asigura o tendință ascendentă fermă a numărului de nașteri după anul 2030 (Fig. 4).

În deceniile viitoare, efectivul diferit al cohortelor va determina și structura populației vârstnice. Până în anul 2025, în totalul acestui contingent de populație va domina cei în vârstă de 60-69 de ani, iar în perioada următoare se prefigurează o creștere semnificativă a celor în vârstă de 70-79 de ani, precum și a celor mai bătrâni în vârstă de 80 de ani și peste (Fig. 5). Studiile recente demonstrează că generațiile actuale în vârstă prepensionară și pensionară, precum și populația adultă suferă de câteva boli cronice, se confruntă cu probleme materiale în accesarea serviciilor medicale etc [1]. Cu majorarea acestui contingent de populație Creșterea efectivului grupului de vârstă de 70-79 de ani, precum

și a celor în vârstă de 80 de ani și peste implică exigențe noi în privința serviciilor de sănătate, va majora cerere pentru îngrijiri medicale de lungă durată, serviciile medicale esențial diferite de cele de care are nevoie populația mai tânără.

Menținerea unei mortalități excesive a bărbaților la vârstele adulte duce la scăderea semnificativă a numărului bărbaților vârstnici și predominarea femeilor în rândurile acestei categorii de populație (Fig. 6), având implicații sociale și economice importante atât la nivel individual, cât și social. În totalul populației vârstnice ponderea femeilor cu unele oscilații variază în limitele de 55-60%. Schimbarea lentă în dinamica sănătății populației va determina menținerea acestor disproporții și în deceniile viitoare.

Specific pentru Republica Moldova este faptul că îmbătrânirea demografică se datorează preponderent scăderii natalității și modificării raportului între trei grupe mari de vârstă (copii, adulți și vârstnici), precum și structurii populației care s-a format în perioada

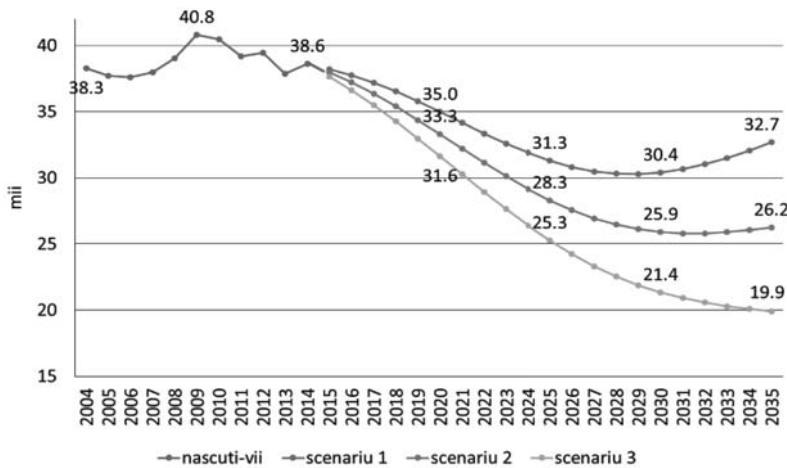


Fig. 4. Dinamica numărului de nașteri, reală și prognozată, 2004-2035
Sursa: Analiza Situației Populației din Republica Moldova, 2016.

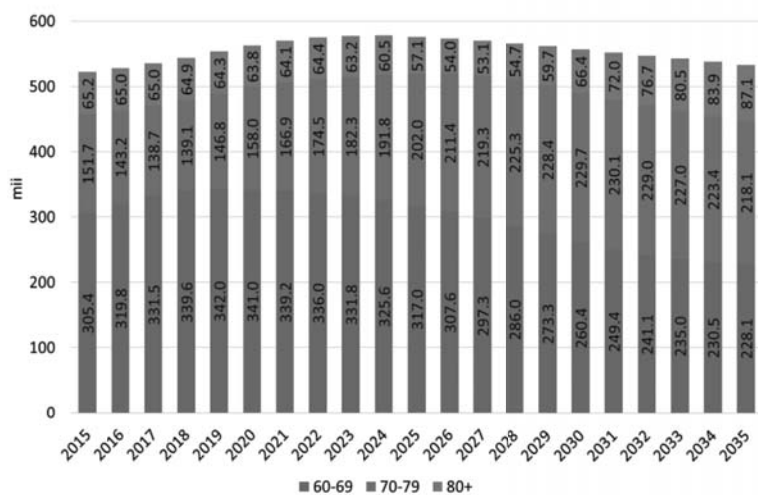


Fig. 5. Structura populației vârstnice, estimată și prognozată, 2004-2035
Sursa: Calculat în baza prognozei demografice a Centrului de Cercetări Demografice.

precedentă. Alt factor - creșterea speranței de viață la vârstele înaintate (specific pentru țările economic dezvoltate) are un rol nesemnificativ în acest proces.

În prezent, între Republica Moldova și țările UE există un decalaj semnificativ în ceea ce privește speranța de viață la naștere. Pentru Republica Moldova

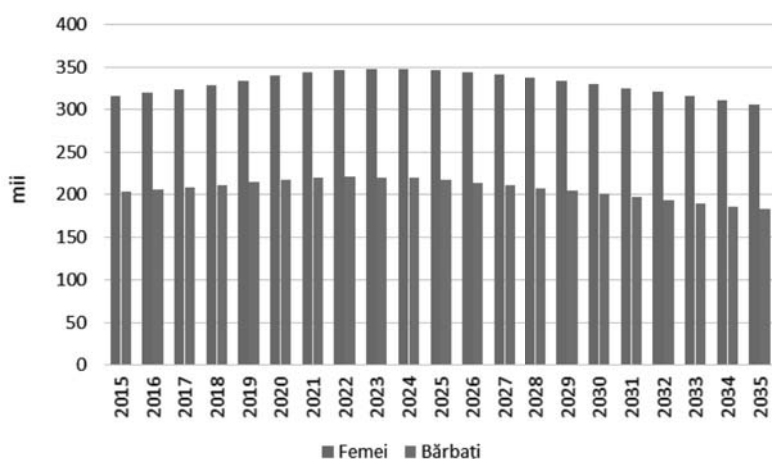


Fig. 6. Efectivul populației în vârstă de 60 de ani și peste pe sexe, 2015-2035
Sursa: Calculat în baza prognozei demografice a Centrului de Cercetări Demografice.

valoarea acestui indicator constituie cca 65 ani pentru bărbați și 73,4 ani pentru femei, fiind, după anul 2004, cu 7,4 și, respectiv, 6,7 ani mai scăzute decât în UE [2].

Dinamica indicatorilor demografici principali și prognoza demografică demonstrează că declinul populației nu poate fi stopat, iar modificarea structurii populației și a raportului între trei grupe mari de vârstă (copii, adulți și vârstnici) determină transformarea necesităților sociale și adaptarea tuturor instituțiilor, inclusiv a sistemului de ocrotire a sănătății la o nouă structură a populației.

Este evident că tendințele demografice care se profilează, în special schimbarea structurii populației (reducerea numărului și proporției copiilor în ansamblul populației și creșterea semnificativă a numărului și proporției vârstnicilor) generează multe probleme și ridică noi provocări pentru sistemul de ocrotire a sănătății.

Pe măsura dezvoltării noului model epidemiologic al morbidității, deceselor și invalidității tot mai multe probleme legate de sănătate vor fi concentrate în rândurile populației vârstnice. În prezent și în perspectiva de lungă durată, una din principalele sarcini ale sistemului de ocrotire a sănătății prezintă reducerea mortalității premature, creșterea speranței de viață la naștere, precum și duratei vieții sănătoase, asigurarea condițiilor pentru menținerea capacităților funcționale ale vârstnicilor și abilităților acestora pentru autodeservire. În caz contrar, povara suportului material pentru persoanele în vârstă și îngrijirea lor va fi o povară financiară importantă pentru societate.

Toate acestea vor necesita restructurări semnificative ale sistemului de ocrotire a sănătății, vor afecta structura de formare a personalului, specialități medicale, instituții medicale, organizarea îngrijirilor medicale etc. Evident, pentru realizarea sarcinilor menționate, este necesar de a majora finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății, astfel încât să fie asigurat accesul tuturor categoriilor ale populației la serviciile medicale de calitate.

Planificarea familială de asemenea prezintă o direcție importantă din perspectiva schimbărilor demo-

grafice și sociale ale sec.XXI. Planificarea familială a devenit necesară atât demografic, cât și social, fiind aprobată și sancționată din punct de vedere cultural. În consecință, se înregistrează o cerere socială de îngrijire medicală și însoțire pentru planificarea familială, având drept scop ameliorarea și menținerea sănătății reproductive a femeilor.

Știința medicală a contribuit mult la dezvoltarea contraceptivelor moderne care răspund nevoilor moderne de planificare familială. Utilizarea de tehnologii de reproducere asistată, care, într-un anumit sens, poate fi privită ca un instrument de planificare familială care permite de a depăși probleme care limitează nașterea copiilor dorite, prezintă un factor important pentru realizarea intențiilor reproductive ale familiilor.

Bibliografie.

1. Accesul populației la serviciile de sănătate. Rezultatele studiului în gospodării. BNS. Chișinău, 2017, 105 p.
2. Analiza Situației Populației în Republica Moldova / Gagauz Olga (coord.), Stratan Alexandru, Buciuceanu-Vrabie Mariana [et al.] ; UNFPA, Fondul ONU pentru Populație, Centrul de Cercetări Demografice al INCE. - Chișinău : S. n., 2016 (F.E.-P. „Tipografia Centrală”). - 176 p. Referințe bibliogr. în subsol. - 200 ex.
3. Cartea Verde a Populației Republicii Moldova / Comisia Naț. pentru Populație și Dezvoltare / grupul de aut.: Constantin Matei, Gheorghe Paladi, Valeriu Sainsus [et al.]. - Ch.: Statistica, 2009 (Tipogr. “Nova-Imprim” SRL). - 56 p.
4. Gagauz O. Tendințele principale în evoluția populației Republicii Moldova: un semnal de alarmă pentru autoritățile publice. În: Creșterea economică în condițiile globalizării. Ed.a. X-a. Sesiunea științifică ”Structura demografică și calitatea potențialului uman”. Conf.șt.intern. 15-16 oct.2015.Chișinău, 2015, p.5-11.
5. Penina, O., Jdanov, D. A., Grigoriev, P. Producing reliable mortality estimates in the context of distorted population statistics: the case of Moldova. MPIDR Working Paper WP-2015-011, 35 pages (November 2015). Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research.