

6. Duchatel F.C. *Les déchirures périnéales et l'épisiotomie*, Réalité en Gynécologie-Obstétrique, N 51, 2000, p. 40-41
7. Ejegård H., Ryding E.L., Sjögren B, *Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up*, Gynecologic and Obstetric Investigation, Vol. 66, No. 1, 2008, p.131-133
8. Hartmann K., Viswanathan M., Palmieri R., Gartlehner G., Thorp J, Lohr K.N. *Outcomes of routine episiotomy: a systematic review*. JAMA 293 (17), 2005, p. 2141–2148
9. Klein M.V., Gauthier R.J., Robbins J.M., Kaczorowski J., Jorgensens H. *et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation*. Am. J. Obstet. Gynecol, 171, 1994, p. 591-598
10. Leeuw J.W., Struijk P.C., Vierhout M.E., Wallenburg H.C.S. *Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery [archive]*. BJOG, 108, 2008, p.4-8
11. Thacker S.B., Banta H.D. *Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1870-1990*. Obstet Gynecol Surv 38(6), 2004, p.322-38
12. Thorn J.M., Bewes W.A. *Episiotomy: can its routine use be defended?* Am. J. Obstet. Gynecol, 160, 1989, p.1027-1030.

## **VACUUM-EXTRACȚIA CA METODA DE ELECTȚIE ÎN CADRUL NAȘTERILOR ASISTATE ÎN OBSTETRICĂ CONTEMPORANĂ**

**Valentin Friptu, Olesea Rotaru, Elena Mecineanu**

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Vacuum extraction as elected method for assisted vaginal delivery in the modern obstetric practice***

Assisted vaginal delivery is an integral part of obstetric care worldwide. Current evidence suggests that when assisted vaginal delivery is required, the ventouse should be chosen first, principally because it is significantly less likely to injure the mother and child. However, this area remains controversial and selective review of the literature to support different views is common.

### **Rezumat**

Nașterea asistată se înscrie printre primele locuri în mulțimea problemelor medicale din domeniul obstetrical. Studiile recente demonstrează ca în cazul nașterilor asistate, aplicarea ventuzei obstetricale ar trebuie să fie plasată pe primul loc, datorită faptului, că este în mod semnificativ, mai puțin traumatică pentru mamă și făt. Cu toate acestea, acest domeniu rămâne controversat și selectiv, iar revista literaturii are drept scop comun de a sprijini puncte de vedere diferite.

### **Actualitatea temei**

Nașterea asistată se înscrie printre primele locuri în mulțimea problemelor medicale din domeniul obstetrical, având influența controversată asupra sănătății mamei și a copilului.

Datorită progresului tehnico-științific s-a constatat o creștere continuă de utilizare a unor metode instrumentale bine cunoscute, precum și implimentări novaționale în practica medicală, care au contribuit în felul acesta, la îmbunătățirea indicilor morbidității și mortalității materne și fetale.

Nașterea per vias naturalis asistată este o parte componentă a asistenței obstetricale în lumea întreagă. Ea poate fi întâlnită, atât rar - în 1,5% din nașteri (Republica Cehoslovaca), cât și des - în 15% (Australia și Canada) [1]. Ratele de discrepanță pot fi determinate de diferențele în conduita nașterii.

Unul din obiectivele principale ce stau în fața obstetricienilor, este asigurarea celor mai favorabile rezultate pentru mama și făt.

În ultimii ani se observă lărgirea indicațiilor pentru nașterea pe cale chirurgicală. După părerea unor autori, frecvența înaltă a operației cezariene nu scade semnificativ mortalitatea perinatală, mai ales morbiditatea. Ei consideră că nu însăși metoda de naștere, ci supravegherea antenatală a fătului, utilizarea tehnologiilor moderne de diagnostic și tratament, precum și succesele neonatologiei pot modifica structura și frecvența mortalității și morbidității materne și fetale.

În ultimii 20 de ani s-au petrecut schimbări în priorități, ceea ce privește metode de naștere asistată pe cale naturală. În anul 2000, în SUA 2\3 (7.1%) din toate nașterile asistate îi reveneau vacuum extracției, aplicării de forceps 2,8%, operației cezariene – 21,8%, în Marea Britanie 9,5%, 4,0% și 17,2% respectiv. În Australia raportul vacuum extracției către aplicarea forcepsului a crescut de la 1:6 în anul 1990, până la 1:1 în 1997.

Utilizarea pe larg a vacuum extracției ca metoda preferată a nașterilor asistate, a devenit posibilă datorită contribuției unor savanți ca Taga Malstrum, G.C. Bird, A.O.B. O Neil, Kobayashi, Aldo Vacca.

Utilizarea ventuzei obstetricale cere o pregătire înaltă a medicilor, deoarece aplicarea incorectă sau neargumentată poate deveni o cauza nemijlocită a complicațiilor grave materne și fetale, uneori cu prognostic rezervat. De aceea, vacuum-extracția are avantaje față de forceps: tehnica de aplicare este mai puțin dificilă comparativ cu forceps, presiunea minoră asupra capușorului fetal determină reducerea traumatismului fetal și matern.

Pretutindeni se observă creșterea aplicării vacuum-extracției comparativ cu forcepsul. Unii specialiști consideră că vacuum-extracția poate înlocui totalmente forcepsul.

Necătând la informație multiplă referitor la utilizarea acestor metode, tehnica performantă, calificarea înaltă a specialiștilor din domeniul dat, rămâne în vigoare tema nașterilor asistate, care necesită un studiu amplu, care indiscutabil va avea efecte pozitive pentru asistența obstetricală.

### **Scopul lucrării**

Studiul a avut ca scop determinarea incidenței de aplicare a vacuum-extracției în caz de o naștere asistată, aprecierea contingentului de parturiente, condițiilor, indicațiilor de aplicare, precum și analiza rezultatelor obținute, atât din partea mamei, cât și a copilului.

### **Materiale și metode**

Studiul retrospectiv a fost efectuat în baza analizei a 150 de fișe medicale de observare a nașterilor cu aplicarea ventuzei obstetricale, extremele de vârstă ale pacientelor fiind cuprinse între 18-38 ani, internate în secțiile obstetricale IMSP SCM Nr.1, în perioada anilor 2008-2009, municipiul Chișinău, Republica Moldova.

Datele au fost constatate în baza unui chestionar elaborat pentru realizarea scopului lucrării. Chestionarul s-a completat, folosind următoarele criterii: vârsta pacientelor, termenul sarcinii, paritatea, anamneza obstetricală și ginecologică, complicațiile în timpul sarcinii, prezența patologiilor extragenitale, dezvoltarea complicațiilor în timpul travaliului, indicațiile pentru aplicarea ventuzei obstetricale din partea mamei și a fătului, nivelul de aplicare, scorul Apgar, starea cordonului ombilical la momentul extragerii fătului, efectuarea epiziotomiei/epiziorafiei, complicațiile materne și fetale, durata nașterii și evoluția perioadei neonatale.

Datele obținute în rezultatul metodei de anchetare au fost prelucrate computerizat cu ajutorul pachetului de programe STATISTICA 6.1.

### **Rezultate și discuții**

De către noi a fost efectuată analiza pacientelor în funcție de vârstă, vârsta medie fiind de  $29 \pm 0.6$  ani, cu extreme cuprinse între 18-38 ani. Grupele de vârstă, la pacientele la care în

perioada de expulzie s-a aplicat ventuza obstetricală, constituie: 18-25 ani – 17 cazuri (11,3%), 26-30 ani - 48 cazuri (32%), 31-35 ani – 64 cazuri (42,7%) și 36-38 ani - 21 cazuri (14%).

Termenul sarcinii în lotul cercetat este diferit: 37 săptămâni – 9 cazuri (6%), 38-39 săptămâni – 42 cazuri (28%), 39-40 săptămâni – 70 cazuri (46,7%), 40-41 săptămâni – 29 cazuri (19,3%).

Ventuza obstetricală s-a aplicat preponderent la primipare – în 66% cazuri (99), secundipare - în 31,3% cazuri (47) și multipare în 2,7% cazuri (4).

60 paciente (40%) au avut 1-3 avorturi medicale în anamneză, 17 femei (11%) prezentau 1-2 avorturi spontane, în termen mic și 8 femei (5%) prezentau 1-3 avorturi medicale și spontane în anamneză.

Analizând fișele medicale, sarcina actuala s-a complicat cu:

- gestoza precoce, forma medie - 6 cazuri (4%);
- gestoza tardivă – HTA indusă de sarcină în 12 cazuri (8%).
- iminența de întrerupere a sarcinii s-a manifestat prin: iminența de avort spontan în 8 cazuri (5,3%), naștere prematură în 20 cazuri (13,3%) în legatura cu care, pacientele au primit tratamentul în staționar în secțiile de patologie a sarcinii.

Patologiile extragenitale înregistrate: patologie renală, anemie, miopie, obezitate – au fost prezente în 51 cazuri (34%).

Starea generală a parturintelor în ajunul travaliului a fost satisfăcătoare.

Un procent înalt de complicații s-a observat în timpul travaliului: ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen în 22% cazuri (33), insuficiența secundară a forțelor de contracție a fost în 54,7% cazuri (82), acestea fiind corijate cu perfuzie de oxitocină și insuficiența scremetelor în 5,4% cazuri (8).

Esențiale pentru aplicarea vacuum-extracției, au fost următoarele indicații:

Indicații fetale	Indicații materne
-hipoxie acută incipientă și progresantă 96.7% cazuri (145)	- insuficienta scremetelor în 8 cazuri (5.4%) - miopie forte într-un caz (0.7%).

În majoritatea cazurilor la aplicarea ventuzei s-a luat în considerație condițiile optime pentru desfășurarea cu succes a nașterii: fătul viu, deschiderea completă a colului uterin, lipsa pungii amniotice, coincidența dimensiunilor bazinului mamei și a capului fetal, fătul în cavitatea bazinului mic sau cu segmentul mare la intrare în bazinul mic.

Aplicarea vacuum-extracției s-a efectuat mai des în cazul nașterilor în varietatea anterioară, dar au fost înregistrate cazuri și în cea posterioară - 2.7% cazuri (4).

Vacuum-extracția s-a aplicat preponderent în cavitatea bazinului mic în 121 cazuri (80.7%), la intrare în cavitatea bazinului mic în 29 cazuri (19.3%).

Scorul Apgar apreciat la 1 și 5 minute, înregistrat la acești noi-născuți a oscilat între 8\8 în 28 cazuri (18.7%), 7\8 în 32 cazuri (21.3%), 7\7 în 53 cazuri (35.3%), 6\7 în 33 cazuri (22%), 6\6 în 3 cazuri (2%), 6\5 – 1 caz (0.7%).

După naștere la 27.3% cazuri (41) s-a determinat circulara de cordon ombilical în jurul gâtului o dată strâns, circulara dublă de cordon ombilical în jurul gâtului în 18.7% cazuri (28), cordon ombilical anatomic scurtat în 2.7% cazuri (4) și nod veridic a cordonului ombilical la un nou născut - 0.7% cazuri.

Perioada a III-a de naștere s-a complicat cu defect de țesut placentar în 7 cazuri (4.6%) în legătură cu ce s-a efectuat controlul instrumental al cavității uterine și în 2 cazuri (1.3%) s-a efectuat controlul manual al cavității uterine, când placenta nu se decola desinestător. La toate parturientele s-a efectuat profilaxia hemoragiei hipotone cu soluție oxitocină.

În 64,7% cazuri (97) s-a efectuat epiziotomie cu epiziorafie.

Nașterile au decurs un timp diferit în funcție de starea cazului respectiv. Perioada a II-a a nașterii a durat respectiv tot diferit, în mediu 25-90 de minute.

În cazul aplicării ventuzei obstetricale s-au înregistrat următoarele complicații:

Complicații pentru mamă – leziuni la nivel de vagin în 21,4% cazuri (32), leziuni de perineu în 8,7% cazuri (13) și leziuni de col depistate în 36,7% cazuri (52).

Perioada neonatală a decurs satisfăcător în 55.3%(83), în 32 (48) s-a complicat cu cefalohematom, sindrom de aspirație în 1.3% cazuri (2), encefalopatie hipoxico-ischemică în 11.3% cazuri (17). Toți copiii au fost externați la domiciliu în stare satisfăcătoare.

### **Concluzii**

1. Vârsta medie a parturientelor la care nașterea a decurs cu aplicarea ventuzei obstetricale a fost de  $29 \pm 0.6$  ani, prevalau grupele de vîrstă: 26-30 ani - 32% cazuri și 31-35 ani – 42,7% cazuri, preponderent la primipare - 66% cazuri, ce prezentau anamneza obstetricală complicată

2. Indicațiile pentru aplicarea ventuzei au fost preponderent din partea fătului, ca hipoxia acută incipientă și progresantă a fătului în 96.7% cazuri și numai în cazuri unice - materne: insuficiența scremetelor - 5.4%cazuri și patologie extragenitală - miopie forte într-un caz (0.7%).

3. Ventuza obstetricală s-a aplicat preponderent în cavitatea bazinului mic - în 121 cazuri (80.7%), fiind respectate condițiile de aplicare în cadrul procedurii respective.

4. Prognosticul a fost favorabil, atât pentru mama, cât și pentru nou-născut, necătând la complicațiile materne și fetale, incidența cărora rămâne a fi majorată, ceea ce înca o dată confirmă necesitatea unui amplu studiu în acest domeniul, precum și specializării profesionale a cadrelor medicale.

### **Bibliografie**

1. Gardella C. The effect of sequential use of vacuum. American Journal of Obstetric and Gynecology, 2001, vol. 185, N. 4.

2. Johanson RB, Menon BK. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. Cochrane Database Syst Rev 2000.

3. Vacca A. Birth by vacuum extraction: neonatal outcome. J Paediatr Child Health 1996;32:204-6.

4. Голота В.Я. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода, Киев, «Здоровье», 1985, стр.8-35.

5. <http://emedicine.medscape.com/article/271175-overview>.

## **BLOCURILE CENTRALE SEGMENTARE APLICATE ÎN OBSTETRICĂ**

**Victor Cojocaru\*, Olga Cernetchi\*\*, Violeta Stasiuc\*\*\***

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP ICȘOSM și C

### **Abstract**

#### ***Central segmental blocks applied in obstetrics***

The article analyzes various modes of regional anesthesia as an anesthetic appliance at cesarean sections and natural delivery and comparatively characterizes various types of central segmental blocks. The basic concepts about the different techniques of regional anesthesia are described through a prism of anatomical and physiological conditions, physiological and pathological effects on the mother's organism, on the delivery, fetus and newborn outcome.

### **Rezumat**

Articolul prezent analizează diferite metode de anestezie regională ca asistență anestezicologică la operație cezariană și naștere fiziologică și compară diferite metode de bloc central segmentar. Noțiunile de bază a metodelor de anestezie regională centrală sunt descrise