

2. La gravidele cu hepatită cronică virală se micșorează durata nașterii, crește numărul de nasteri rapide și fulgerătoare ce sunt urmate respectiv de traumatismul postnatal al mamei și al fătului.

3. Vaccinarea nou-născuților împotriva hepatitei B se va efectua 1-2 ore, deoarece permite prevenirea dezvoltării HDV- infecției.

Bibliografia

1. Bacg Y. Acut fatty liver of pregnancy. Semin. Perinatol., 1998; 22: 134-40
2. Bacg Y. Liver and pregnancy. Pathol. Boil., 1997; 47: 958-65
3. Brackmann S.A., Gerritzen A., Oldenburg J., Brackmann H.H., et al: Spontaneous loss of HBs antigen in children with chronic hepatitis B virus infection – Hepatology, 1992, 15(3): 382-38
4. Brunetto M.R., Giarin M., Oliveri F., Saracco G., et al: “e” antigen defective hepatitis B virus and course of chronic infection – J.of Hepatol., 1991, 13(suppl.4): 582-586
5. Dusheiko G.M.: Hepatocellular carcinoma associated with chronic viral hepatitis: etiology, diagnosis and treatment – British Med.Bull, 1990; 46(2): 492-511
6. Фарбер Н. А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.Л.: Вирусные гепатиты у беременных. Москва. Издательство «Медицина»: 103-110
7. Grigorescu - Sido P.: Tratat elementar de Pediatrie – Ed.Casa Cărții de Știință, Cluj, 1997: 308-311
8. Matei D.:Actualități în diagnosticul și tratamentul hepatitelor cronice – Articol preluat din Revista Practică Medicală pentru secțiunea EMC gastroenterology. România 2007: 1-20.
9. Paladi Gh., Cucos N., Cernetchi O. Șalari O., Tabuica U., Darii D. Sarcina și bolile asociate. Chișinău 2003: 57-62.

PARTICULARITĂȚILE ADAPTĂRII ÎN PERIOADA NEONATALĂ PRECOCE A COPIILOR NĂSCUȚI DUPĂ PROCEDURA IVF

Iurie Dondiuc, Zoreana Cazacu, Iana Gaevschi

Catedra Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat)

Summary

The particularities to adaptation in early neonatal period babies, given birth by woman's with infertility after cycles ivf

The particularities of the current early neonatal period by 50 babies, born after IVF have been analyzed. It is installed that by 78% babies existed the breach of the period to adaptation, 38% babies were preterm born that is conditioned by large number of multiple pregnancies, 36% babies had of neurological problems. For the further rehabilitation on the second level of caring and treatment were translated for 48% babies. Well-timed undertaking the complex measure, directed on provision normal course of pregnancy and sort at women's, after IVF, contributes the prevention of development perinatal complications by their babies.

Rezumat

Au fost analizate particularitățile evoluției perioadei neonatale precoce la 50 de copii, născuți după procedura IVF. S-a stabilit, că la 78% de copii a avut loc dereglarea perioadei de adaptare, 38% de copii s-au născut prematur, ce a fost determinat de numărul mare de sarcini multiple, 36% de copii au suferit afectarea perinatală a SNC. Pentru reabilitare ulterioară la etapa a doua de îngrijire și tratament a nou-născuților s-au transferat 48% de copii. Efectuarea la moment a complexului de măsuri îndreptate la asigurarea evoluției fiziologice a sarcinii și nașterii la femei după IVF, contribuie la prevenirea dezvoltării complicațiilor perinatale la copiii lor.

Actualitatea problemei

Infertilitatea în căsătorie devine o problemă medico-socială tot mai actuală pentru Republica Moldova. Studiile recente au demonstrat creștere considerabilă în ultimii ani a ratei infertilității. Se consideră că în prezent mai mult de 25% din cupluri suferă de infertilitate. Ultimele decenii se caracterizează prin rezultate remarcabile în domeniul diagnosticului și tratamentului diferitor forme de sterilitate. Actualmente una din cele mai efective metode de tratament al cuplului infertil este metoda IVF. Implementarea acestei metode a oferit posibilitatea unică de a realiza funcția reproductivă în diferite forme de sterilitate în cuplu, chiar și în cele anterior netratabile. Însă odată cu căpătarea sarcinii dorite apare problema “calității oului fetal”, deoarece factorii patogenetici, care au cauzat sterilitatea, pot determina afecțiuni fetale perinatale. Trebuie să menționăm faptul că contingentul de bază a pacientelor supuse procedurii IVF, este alcătuit din femei de vârstă reproductivă avansată, cu perioada infertilă îndelungată, cu anamneza obstetrical-ginecologică și somatică complicată, ce majorează riscul apariției tulburărilor de dezvoltare la făt, defectelor cromozomiale și multor altor complicații perinatale. Insuficiența fetoplacentară, iminența de avort spontan și naștere prematură ocupă un loc de vază în geneza hipoxiei intrauterine și hipotrofiei antenatale a fătului. Conform datelor literaturii la copii născuți după procedura IVF, se atestă diferite dereglări în perioada adaptării neonatale precoce: frecvența înaltă a retardului de creștere intrauterină a fătului, afectarea perinatală a SNC, dereglarea funcțiilor sistemului imun și endocrin etc. La aplicarea metodei IVF crește considerabil riscul apariției sarcinii multiple, ceea ce complică și mai mult evoluția sarcinii, majorează riscul nașterii premature, determină evoluția complicată a perioadei neonatale precoce.

Scopul studiului a constatat în analiza particularităților adaptării în perioada neonatală precoce și caracterul patologiei perinatale la copii născuți după procedura IVF cu identificarea legăturii posibile între rezultatele obținute și particularitățile evoluției sarcinii și nașterii la mamele lor.

Materiale și metode

În cadrul SCM N1 (Chișinău) pe anii 2006-2007 au fost înregistrate 39 cazuri de nașteri la gravide după procedura IVF, s-au născut 50 de copii, 22 fiind din duplexuri. Vârsta parturientelor a alcătuit 22-42 de ani (în mediu 32 de ani), durata perioadei infertile – de la 2 până la 20 ani (în mediu 11 ani). Primiparele au constituit 33 cazuri, multiparele – 6 cazuri. În dependență de momentul efectuării procedurii IVF au fost stabilite 22 cazuri de sterilitate primară și 17 cazuri de sterilitate secundară. În ultimul grup anamneza obstetricală a fost complicată cu avorturi spontane – 7 cazuri; avorturi medicale – 6 cazuri; sarcina stagnată – 2 cazuri; sarcina extrauterină – 5 cazuri. Între cauzele sterilității feminine factorii endocrini s-au diagnosticat la 10 femei, 4 femei au avut sterilitate tubară absolută, la 16 femei s-au determinat factorii asociați de sterilitate (endocrină și tubo-peritoneală). În lotul studiat 2 paciente au avut anamneza ginecologică complicată cu endometrioza genitală, 5 – cu patologia uterului (miom uterin nodular, uter bicorn), laparoscopia a fost efectuată în 35 cazuri. Evaluarea nou-născuților a fost efectuată imediat după naștere și în perioada neonatală precoce prin intermediul scorului Apgar, metodelor de diagnostic clinic și paraclinic (AGS, ABS, USG). Totodată a fost efectuată analiza evoluției sarcinii și nașterii la aceste femei după procedura IVF.

Rezultate și discuții

Rezultatele studiului copiilor născuți după IVF au demonstrat că procentul celor prematuri a constituit 38%. Vârsta gestațională a copiilor prematuri a alcătuit: 30 săptămâni – 1 copil, 32-33 săptămâni – 2 copii, 34-35 săptămâni – 4 copii, 36-37 săptămâni – 12 copii. (Fig.1.) După scorul Apgar nou-născuții au fost apreciați în felul următor: cu 7-8 puncte – 43 (86,0%); cu 6-7 puncte – 5 (10,0%); cu 5-6 puncte – 2 (4,0%), cu 3-4 puncte – 0. (Fig.2.) Semnele prematurității morfofuncționale au fost prezente la 27 (54,0%) copii. Retardul de dezvoltare intrauterină a fătului după tipul hipotrofic a avut loc la 24 (48,0%) copii. S-au determinat 18 (36,0%) cazuri de afectare perinatală a SNC (encefalopatie hipoxico-ischemică). În lotul studiat a fost constatată prezența semnificativă a Distres sindromului respirator – 8 (16,0%) cazuri. Anomalii

congenitale mici s-au diagnosticat într-un caz (2%) – simbleparon congenital palpebral unilateral.(Tab.1.)

Pentru reabilitare ulterioară în secția de reanimare a nou-născuților au fost transferați 6 (12%) copii cu următoarele indicații: Disstres sindrom respirator cu insuficiență respiratorie, asfixie ușoară.

Particularitățile evoluției perioadei neonatale precoce la copii născuți după IVF

<i>Nr</i>	<i>Evoluția perioadei neonatale precoce</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>Procente (%)</i>
1	Retard de dezvoltare intrauterină a fătului după tipul hipotrofic	24	48,0
2	Disstres sindrom respirator	8	16,0
3	Encefalopatie hipoxico-ischemică	18	36,0
4	Asfixie ușoară	2	4,0
5	Infecție intrauterină	4	8,0
6	Anomalii congenitale mici	1	2,0

Un număr considerabil de copii născuți au necesitat transferul ulterior la etapa a doua de îngrijire și tratament – 24 (48,0%) copii.

Cercetarea stării copiilor născuți după procedura IVF, a permis de a identifica dependența directă a frecvenței dezvoltării patologiei perinatale cu particularitățile evoluției sarcinii și nașterii la mamele lor. Toate femeile au avut dereglări în evoluția procesului gestațional. (Tab.2.)

Particularitățile evoluției sarcinilor la femei după IVF

<i>Nr</i>	<i>Denumirea patologiei</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>Procente (%)</i>
1	Iminența de întrerupere a sarcinii	34	87,2
2	Nașterea prematură	11	28,2
3	Anemia	19	48,7
4	Insuficiența feto-placentară	12	30,8
5	Patologia lichidului amniotic	3	7,7
6	Edeme gravidare	6	15,4
7	Hipoxia cronică intrauterină a fătului	23	59,0
8	Retardul de dezvoltare intrauterină a fătului	8	20,5
9	Insuficiența istmico-cervicală	16	41,0
10	Gestozele precoce	5	12,8
11	Hipertensiunea indusă de sarcină	5	12,8
12	Hipoxia acută intrauterină a fătului	4	10,3
13	Placenta jos înserată	2	5,1
14	Sarcina multiplă	11	28,2

Din datele prezentate se constată că iminența de întrerupere a sarcinii s-a urmărit aproape la toate femeile (34 cazuri), preponderent la termenele 23-24 săptămâni de sarcină. Sarcina s-a complicat cu anemie feriprivă – în 19 (48,7%) cazuri, cu insuficiență feto-placentară – în 12 (30,8%) cazuri, cu patologia lichidului amniotic – în 3 (7,7%) cazuri, cu edeme gravidare – în 6 (15,4%) cazuri, cu hipoxie cronică intrauterină a fătului – în 23 (59,0%) cazuri, cu retard de dezvoltare intrauterină a fătului – în 8 (20,5%) cazuri, cu hipertensiune indusă de sarcină– în 5 (12,8%) cazuri, cu insuficiență istmico-cervicală– în 16 (41,0%) cazuri.

Patologia somatică s-a depistat la 19 femei. Maladiile aparatului respirator s-au determinat în 30% cazuri, patologia tractului urinar – în 12% cazuri, a sistemului cardiovascular – în 19% cazuri, patologiile glandei tiroide – în 8% cazuri.

Travaliul s-a complicat cu insuficiența forțelor de contracție – în 8 (20.5%) cazuri; discoordonarea travaliului – în 3 (7.7%) cazuri; cu hipoxia acută intrauterină a fătului – în 4 (10.3%) cazuri; cu ruperea prematură a pungii amniotice – în 9 (23.1%) cazuri.(Tab.3.)

Particularitățile complicațiilor în travaliu la femei după FIV

<i>Nr</i>	<i>Denumirea complicației</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>Procente (%)</i>
1	Insuficiența forțelor de contracție	8	20,5
2	Discoordonarea travaliului	3	7,7
3	Hipoxia acută intrauterină a fătului	4	10,3
4	Ruperea prematură a pungii amniotice	9	23,1

Nașterea s-a finisat în 2 (5.1%) cazuri per vias naturalis; prin operație cezariană – în 37 (94.9%) cazuri, dintre care 25 (64.1%) cazuri – planificată și 12 (30.8%) cazuri – în mod urgent.(Tab.4.)

Rezultatele conduitei nașterii

<i>Nr</i>	<i>Denumirea patologiei</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>Procente (%)</i>
1	Naștere spontană	2	5.1
2	Operație cezariană de urgență	12	30.8
3	Operație cezariană planificată	25	64.1
4	Ventuza obstetricală	1	2.0

Incidența înaltă a operațiilor cezariene este determinată de prezența unor indicații asociate, cum sunt anamneza ginecologică (perioada infertilă îndelungată) și obstetricală complicate, vârsta înaintată a parturientelor, patologia somatică concomitentă. Procentul considerabil al nașterilor premature (28.2%) se datorează numărului înalt de sarcini multiple (28.2%). Astfel, sarcina și nașterea la femei după IVF sunt atribuite la grupul de risc sporit pentru dezvoltarea diferitor complicații și nașterilor premature, ce influențează negativ procesele de supraviețuire a fătului.

Concluzii

1. Nou-născuții pacienților după IVF posedă un procent înalt de prematuritate, insuficiență respiratorie, imaturitate morfofuncțională, hipoxie ante- și intranatală, patologie perinatală, chiar și într-o sarcină la termen; alcătuind grupul de risc sporit pentru dezvoltarea afectării perinatale a SNC, evoluția complicată a perioadei de adaptare neonatală.
2. Au fost evidențiați următorii factori de risc pentru dezvoltarea patologiei neonatale:
 - vârsta mamei după 30-35 ani, în special primiparele;
 - perioada infertilă mai mult de 6-10 ani;
 - patologii somatice și ginecologice;
 - evoluția patologică a sarcinii;
 - acțiunea farmacologică asupra fătului;
 - sarcina multiplă;
 - riscul anomaliilor de dezvoltare se majorează la aplicarea tehnicii ICSI.
3. Pacientele supuse procedurii FIV (de vârstă reproductivă avansată, cu perioada infertilă îndelungată, cu anamneza obstetrical-ginecologică și somatică complicată) fac parte din grupul de risc major pentru dezvoltarea iminențelor de avort spontan sau naștere prematură, insuficienței feto-placentare, retardului de creștere intrauterină a fătului ceea ce influențează negativ asupra dezvoltării intrauterine a fătului.
4. Termenele critice pentru dezvoltarea iminențelor de întrerupere a sarcinii sunt termenele sarcinii 23-24 și 28-32 săptămâni. La apariția simptomatice minore se recomandă spitalizarea la termenele indicate. În caz de sarcina multiplă se propune spitalizarea profilactică la aceste termene.

5. Termenele optime pentru finisarea sarcinii la pacientele după IVF sunt: la sarcina monofetală – 38-39 săptămâni, la duplex – 37 săptămâni, la triplex – 33-34 săptămâni. În cazul duplexului sau triplexului se recomandă nașterea prin operație cezariană.
6. Modalitatea de naștere se alege în funcție de tipul sterilității. La pacientele cu sterilitate feminină sau combinată este indicată lărgirea indicațiilor pentru operație cezariană. În timp ce gravidele cu sterilitate masculină pot naște per vias naturalis în lipsa indicațiilor pentru operație cezariană înafara IVF în anamneză.
7. La naștere per vias naturalis la pacientele după IVF se indică efectuarea profilaxiei insuficienței forțelor de contracție, în special celei secundare. Insuficiența secundară a forțelor de contracție fiind indicație pentru operație cezariană.
8. Luând în considerație cele expuse mai sus strategia îndreptată la îmbunătățirea rezultatelor finale după IVF ar trebui să includă un complex de măsuri pentru micșorarea frecvenței sarcinilor multiple, în primul rând, majorarea eficacității corecției devierilor cu risc pentru evoluția fiziologică a sarcinii, în al doilea rând, și alegerea tacticii optime în conduita nașterii.

Bibliografie

1. Аржанова О.Н., Корсак В.С., Орлова О.О., Пайкачева Ю.М.; Проблемы репродукции, 1999, №3, с. 5458.
2. Гнетецкая В.А., Мальмберг О.Л., Панина О.Б., Лукаш Е.Н.; Акушерство и гинекология, 2003, №2, с. 913.
3. Еронян Л.Х., Курцер М.А., Краснопольская К.В.; Акушерство и гинекология, 2003, №2, с. 6061.
4. Здановский В.М.; Современные подходы к лечению бесплодного брака; Дисс. в форме научного доклада док. мед. наук. Москва; 2000; 71 с.
5. Корсак В.С.; Экстракорпоральное оплодотворение в терапии бесплодия; Автореф. Дис....Док.мед.наук. СанктПетербург; 1999; 31с.
6. Краснопольская К.В., Мачанските О.В., Калугина А.С., Демина Л.М.; Акушерство и гинекология, 2000, №5, с. 5153
7. Краснопольская К.В., Кабанова Д.И., Калугина А.С.; Акушерство и гинекология, 2003, №2, с. 5759.
8. Кулаков В.И.; Акушерство и гинекология, 2003, №1, с. 37.
9. Кулаков В.И., Бахтиярова В.О., Барашнев Ю.И., Леонов Б.В.; Акушерство и гинекология, 1995, №4, с. 3538.
10. Bergh T., Ericson A. and al., Lancet. 1999 Vol.6, №354. P.15791585.
11. Buitendijk SE. Int J Technol Assess Health Care. – 1999. Vol.15, № 1. P.5265.
12. Ericson A., Nygren K.G. and al. Hum Reprod.– 2002. Vol.17, №4. P.929932.
13. Koudstaal J., Braat DD. and al. Hum Reprod. – 2000. Vol.15, №8. P.18191825
14. Lynch A., McDuffie R. and al. Obstet Gynecol. 2001. Vol.97, №2. P.195200.
15. Ludwig M., Diedrich K. Reprod Biomed Online. 2002. Vol.5, №3. P.317322.
16. Olivennes F., Fanchin R. and al. Hum Reprod Update .2002. Vol.8, №2. –P.117128.
17. Spagnolo A., Meli P. Ann Ist Super Sanita. 1998. Vol.34, №2. P.227231.
18. Stromberg B., Dahlquist G. and al. Lancet. 2002. Vol.359, №9. P.461465.