

Valorile NO în funcție de modalitatea de naștere

<i>Loturile</i>	<i>Serul matern, nmol/l</i>		<i>Serul fetal, nmol/l</i>	
	<i>PVN</i>	<i>OC</i>	<i>PVN</i>	<i>OC</i>
RDIU	5,18±1,74	4,30±1,50	6,0±1,76	5,10±1,63
Lotul de control	3,38±1,34**	3,38±1,34***	3,31±1,33*	3,31±1,33**

* - p<0,01 comparativ cu RDIU

** - p<0,05 comparativ cu RDIU

***- p<0,05 comparativ cu PVN

Nou-născuții cu retard fetal, au fost apreciați cu peste 6 puncte după scorul Apgar, în 48 cazuri (42,11±3,66%), cu 3-6 puncte – în 59 cazuri (51,75±3,70%), obținând sub 3 puncte – în 7 cazuri (6,14±1,78%) (p<0,01). Toți hipotroficii apreciați cu sub 3 puncte și 1/3 din cei – între 3-6 puncte au avut valori crescute a NO. În 32 cazuri (86,49±2,53%), nou-născuții din lotul de control au fost apreciați cu peste 6 și doar într-un caz – cu sub 3 puncte. Toți hipotroficii constituționali au fost apreciați cu peste 6 puncte după scorul Apgar.

Concluzii

- Datele obținute, ne fac să concluzionăm asupra necesității aprecierii NO în calitate de marker diagnostic al hipoxiei cronice *in utero*, frecvent întâlnite în caz de RDIU al fătului.
- A fost apreciată o corelație directă dintre valorile NO și prezența maladiilor materne, asocierea complicațiilor de gestație, datele examenelor paraclinice (USG-fie, Doppler), modalitatea de finalizare a sarcinii și aprecierea nou-născutului conform scorului Apgar, ceea ce denotă gradul de suferință fetală și de RDIU al fătului.

Bibliografie

1. Casanello P., Sobrevia L., *Reduced Activity and Expression of the Cationic Amino Acid Transport Systems $y^+/hCAT-1$ and $y^+/hCAT-2B$ and Lower Activity of Nitric Oxide Synthase in Human Umbilical Vein Endothelial Cells.* <http://circres.ahajournals.org/cgi/content/abstract/91/2/127>, 2006
2. Griffith O.W., Steuhr D.J., *Nitric oxide synthase: properties and catalytic mechanism.* Annu. Rev. Physiol., 57, pp. 707-736, 1995
3. Lyall F., Greer I.A., Young A., Myatt L., *Nitric oxide concentrations are increased in the fetomaternal circulation in intrauterine growth restriction.* Placenta, 17, pp. 165-168, 1996

PARTICULARITĂȚILE CONDUITEI NAȘTERII LA GRAVIDELE CU HEPATITĂ CRONICĂ VIRALĂ B ȘI PURTĂTOARE DE HbsAg.

Iana Gaevscaia, Gheorghe Găină

(Coordonator științific, conferențiar – Zinaida Sârbu, dr în medicină)

Catedra Obstetrică și Ginecologie – rezidențiat USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

In this report were analysed 93 observation files from the data base of IMSP SCM nr.1, from the obstretical sections, during 2006-2007.

Based on these date, we analysed how is leading the birth in pregnancies with viral chronic hepatitis B and those with HbsAg and it was established the algoritme of birth conduite, at these group of women.

Rezumat

În această lucrare au fost analizate 93 foi de observație din baza de date a IMSP SCM nr.1 din secțiile obstetricale, pe perioada anilor 2006-2007.

Bazându-ne pe datele obținute, am analizat cum decurge nașterea la gravidele cu hepatită cronică virală B și purtătoare de Hbs Ag și am format algoritmului de conduită a nașterii la acest contingent de femei.

Actualitatea temei

Conform datelor literaturii de specialitate în lume exista 400 milioane de purtători de VHB și că aproximativ jumătate de milion de persoane mor anual prin infecție cu VHB (50.000 prin infecție acută și 470.000 prin afectare hepatică cronică sau carcinom hepatocelular)[6,8,9].

În multe zone de pe glob curba epidemică a infecției cu VHB a depășit-o pe cea a infecției cu VHA. În România, după unele sondaje, prevalența infecției cu VHB este de 7% din populație, ponderea hepatitei cronice VHB reprezintă 22% din totalitatea bolilor cronice hepatice (10,6% din bolile cronice hepatice la copil și 43% din bolile cronice hepatice ale adultului > 30 de ani) [8].

Conform datelor literaturii de specialitate sarcina pe fundal de hepatită virală acută se complică în 90 % din cazuri cu infecție intrauterină a fătului, 17-30 % din cazuri cu întreruperea sarcinii la diverse termene de gestație, în 25-30 % cazuri cu hipotrofie și hipoxie fetală, moarte antenatală și perinatală a fătului[8].

Literatura de specialitate relatează despre faptul că hepatita virală acută în trimestrul I de sarcină are efect embriotoxic și teratogen asupra fătului. Tot acești autori menționează că sarcina poate acutiza hepatita cronică virală în trimestrele II și III de graviditate [8].

Conform datelor literaturii de specialitate, în naștere cea mai frecventă complicație este hemoragia hipotonică, care se înregistrează în 3,5-23 % din cazuri. Cauza lor este hipoprotrombinemia, diminuarea proprietăților trombolastice ale sîngelui, micșorarea rezistenței capilarelor etc.

Din datele literaturii de specialitate în 12 % din cazuri apare decolarea precoce a placentei normal înserate.

Scopul

Evaluarea particularităților evoluției nașterii la gravide cu hepatite cronice virale și purtătoare Hbs Ag.

Material și metode

Retrospectiv au fost analizate 93 de foi de observație a gravidelor cu hepatite cronice virale B, purtătoare de Hbs Ag din baza de date IMSP SCM nr.1, pe perioada anilor 2006-2007 din sala de naștere nr.1, sala de naștere nr.2, secția observație nr.2.

În funcție de forma hepatitei virale B numărul total de cazuri clinice din studiul nostru a fost divizat în 2 loturi:

Lotul I – 30 (32,2%) pacienți cu hepatită cronică virală B; lotul II – 63(67,8%) pacienți purtători de Hbs Ag.

Pentru realizarea scopului nostru au fost folosite următoarele materiale și metode:

Statistică – s-au aplicat următorii indici matematici: eroarea valorilor medii aritmetice, valoarea medie relativă, autentificarea diferențelor.

Sociologico-medicală - anchetarea (vârsta gravidelor, anamneza, datele obiective și paraclinice), inclusiv aprecierea sindroamelor hepatice de bază: sindromul citolitic (ALAT, ASAT), colestatic (bilirubina totală și conjugată, FA), hepatodepresiv (proteina totală, indicile protrombinic, fibrinogenul) și aprecierea hemostazei (timpul de coagulare, numărul de trombocite).

Activitatea hepatitei a fost apreciată în comun cu medicul internist, concluziile căruia sînt descrise în fișele studiate.

Rezultate

Vârsta gravidelor incluse în studiu a variat între 16-40 ani, în mediu $28 \pm 10,3$ ani: 16-20 ani – 4 (4,3% \pm 1,3) cazuri, 21-25 ani – 38 (40,9% \pm 2,1), 26-30 ani – 26 (27,9% \pm 2,1), 31-35 ani – 17 (18,3% \pm 1,8), 36-40 ani – 8 (8,6% \pm 1,9) cazuri, $p > 0,5$.

În lotul I vârsta medie a pacientelor estimate a fost în mediu $23 \pm 1,3$ ani, iar în lotul II – $32 \pm 7,1$ ani, ($p=0,5$).

Din 93 paciente incluse în studiu, primipare s-au înregistrat în 46 (49,46%) cazuri și multipare – în 47 (50,53%) cazuri: în lotul I primipare în 23(76,66%) cazuri și multipare 7 (23,33%) cazuri, iar în lotul II primipare în 23(36,5%) cazuri și multipate 40 (63,49%) cazuri, ($p=0,5$).

Studierea datelor anamnestice a constatat că la 85 (91,4% \pm 3,0) paciente ciclul menstrual a fost regulat, fără dereglări și numai la 8 (8,6% \pm 1,8) paciente s-a depistat dereglări de ciclu menstrual: în lotul I – 5(5,4% \pm 1,4) cazuri; în lotul II – 3(3,2% \pm 1,3) cazuri.

Analiza anamnezei obstetricale a determinat prezența avorturilor medicale în anamneză la 35 (35,7% \pm 1,9) paciente: în lotul I–15 (43% \pm 2,7) cazuri, în lotul II-20 (57% \pm 3,0); avorturi spontane au fost înregistrate la 11(11,2% \pm 2,6) paciente: în lotul I - 5(45% \pm 1,4), în lotul II – 6(55% \pm 1,8); cicatrici pe uter din cauza operației cezariene s-a apreciat la 2(2% \pm 1,5) paciente: în lotul I – în 1(1% \pm 1,2) caz, în loturi II – în 1 (1% \pm 1,2) caz; naștere prematură în antecedente a suportat 1(1% \pm 1,2) pacientă din lotul I; moarte neonatală precoce în anamneză a avut 1(1% \pm 1,2) pacientă din lotul II.

Analiza rezultatelor a determinat că durata maladiei până la 5 ani s-a apreciat în 11 (36,7 % \pm 1,5) cazuri, până la 6-10 ani în 1 (3,3 % \pm 1,2) caz, și a depășit 10 ani în 1 (3,3% \pm 1,2) caz.

Activitatea hepatitei virale a fost apreciată după următoarele criteriile expuse în tabelul 1.

Tabelul 1

Criteriile diagnostice ale hepatitei virale

Nr	criteriul	Lotul I	Lotul II	Total
1.	Transaminazele $>2,1$ mkmol/l	3(10%)	-	3(10%)
2.	Bilirubina totală >20 mkmol/l	1(3,33%)	-	1(3,33%)
3.	Protrombina $> 100\%$	2(6,66%)	-	2(6,66%)
4.	Protrombina $<70\%$	-	1(1,58%)	1(1,58%)
5.	Fibrinogenul 5,0g/l	2(6,66%)	1(1,58%)	3(8,24%)

Analiza rezultatelor din tabelul I a permis de a aprecia gradul de activitate a procesului patologic. Astfel, gradul ușor de activitate a hepatitei virale s-a constatat în 27 (90% \pm 2,5) cazuri, grad mediu s-a constatat în 2(6,7% \pm 1,5) cazuri –de activitate și grad înalt de activitate în 1 (3,3% \pm 1,2) caz.

Estimarea datelor paraclinice a determinat creșterea nivelului transaminazelor la gravidele cu hepatită virală cronică B și purtătoare de Hbs Ag $>2,1$ mkmol/l \pm 1,2, la 3 (10%) gravide din lotul I, creșterea nivelului bilirubinei totale >20 mkmol/l \pm 2,3 la 1 (3,33%) gravidă din lotul I, creșterea nivelului protrombinei $>100\%$ la 2 (6,66%) gravide din lotul I, scăderea nivelului protrombinei $<70\%$ la 1 (1,58%) gravidă din lotul II, creșterea nivelului fibrinogenului $>5,0$ g/l \pm 1,4 la 3 (3,22%) gravide, dintre care din lotul I – 2 (6,66%) gravide, din lotul II – 1 (1,58%) gravidă.

Analiza datelor din fișele de observare obstetricale despre decurgerea sarcinii a determinat că, sarcina la gravidele pe fon de hepatită virală cronică și Hbs Ag pozitiv a decurs relativ satisfăcătoare în 62 (66,66% \pm 2,7) cazuri, iar în 31(33,33% \pm 2,2) cazuri, ultima s-a complicat cu:

- iminența de întrerupere a sarcinii în 15(13,6% \pm 1,9) cazuri: în lotul I - 6(40% \pm 1,5) cazuri, în lotul II – 8(60% \pm 1,8) cazuri;

- pielonefrită cronică în acutizare în 6 (5,5%±1,5) cazuri: în lotul I – 3(50%±1,4) cazuri, în lotul II – 3(50%±1,4);
- polihidroamnioză în 5(4,5%±1,4) cazuri: în lotul I – 3(60%±2,0) cazuri, în lotul II – 2(40%±1,7);
- oligoamnioză în 5(4,5%±1,4) cazuri: în lotul I – 2(40%±1,7) cazuri, în lotul II – 3(60%±2,0);
- hipotrofia fetală în 5(4,5%±1,4) cazuri: în lotul I – 2(40%±1,7) cazuri, în lotul II – 3(60%±2,0);
- dizgravidie precoce în 4(3,7%±1,3) cazuri: în lotul I – 2(50%±1,6)cazuri, în lotul II – 2(50%±1,6);
- edeme gestaționale în 4(3,7%±1,3) cazuri: în lotul I – 2(50%±1,6)cazuri, în lotul II – 2(50%±1,6);
- insuficiența circulatorie gr. I-II în 3(2,6%±1,8) cazuri: dintre care 2(66,6%±2,5) cazuri din lotul I și un caz (33,4%±1,2) din lotul II;
- hipertensiunea arterială indusă de sarcină în 1(1%±1,2) caz, la pacienta din lotul II.

Rezultatele studiului prezent au constatat că nașterea la pacientele estimate s-a finalizat la termenul de gestație de 36 săptămâni în 20 (43,5%±2,4) cazuri, dintre care 11(55%±2,6) cazuri la pacientele din lotul I și 9 (45%±1,8) cazuri la cele din lotul II; de 37 săptămâni – 13 (28,3%±2,1): în lotul I – 5 (38,5%±1,6) cazuri, în lotul II – 8 (61,5%±1,4); 38 săptămâni – 6 (13%±2,2): în lotul I 3(50%±2,1) cazuri și în lotul II – 3(50%±1,8); 39 săptămâni – 4 (8,7%±1,3), dintre care 2 (50%±1,6) cazuri din lotul I și 2 (50%±1,6) cazuri din lotul II; 40 săptămâni– 3 (6,5%±2,0) cazuri din lotul II, ce poate fi legată cu insuficiența funcției hepatice care duce la dereglarea metabolismului și inactivarea estrogenilor, cantitate cărora în trimestrul III crește considerabil.

Prin operație cezariană a fost finisat nașterea la 10(10,7%±3,1) paciente, dintre care în mod programat în 7(70%±1,7) cazuri și în mod urgent - 3(30%±1,5), iar per vias naturalis în 83(89,3%±2,9) cazuri.

Indicațiile pentru operațiile cezariene în mod urgent au fost: în 2 cazuri insuficiența primară a forțelor de contracție și într-un caz decolarea prematură a placentei normal înserate.

Analiza datelor despre durata totală a nașterii s-a constata la gravidele primipare? Da unde sunt multiparele?, durata mai < de 5 ore în 11 (18,3%±2,1) cazuri, dintre care 8 (72,7%±2,4) din lotul I, 3 (27,3%±1,4) din lotul II; de 5-7 ore în 14 (23,3%±1,9) cazuri: 7 (50%±1,7) cazuri din lotul I și 7 (50%±1,7) din lotul II; 7-10 ore – 26 (56,2 %±2,7)cazuri: 14(53,8%±2,8) – în lotul I, 12(46,1%±1,4) – în lotul II.

Rezultatele studiului dat au constatat următoarele complicații a primei perioade de naștere:

- ruperea prematură a pungii amniotice în 18(32,7%±1,9): din lotul I - 10 (55,6%±2,2), din lotul II – 8(44,4%±2,7);
- insuficiența primară a forțelor de contracție – 3(5,5%±2,1) cazuri la pacientele din lotul I;
- insuficiența secundară a forțelor de contracție – 5(7,3%±1,6) cazuri, din lotul I – în 2(40%±1,3) cazuri, și din lotul II – 3 (60%±2,1) cazuri.

Perioada a doua a nașterii s-a complicat cu :

- circularea de cordon în 15(27,3%±1,7) cazuri, dintre care 5(33,3%±2,1)cazuri în lotul I, 10(67,7%±1,5) – în lotul II;
- cordon anatomic scurt în 6(10,9%±1,4) cazuri din lotul II .

Perioada III-a a nașterii,în 7(7,52%) cazuri,s-a complicat cu defect de țesut placentar,în legătură cu ce s-a efectuat controlul instrumental al cavității uterine,din lotul I - 4(13,33%) cazuri, din lotul II – 3(4,76%)cazuri.

În 80(86%±2,9) din nașteri, hemoragia totală a constituit mai puțin de 500 ml; în 13(14%) din cazuri 500-1000 ml, dintre care 7(53,8%±3,3) cazuri din lotul I, 6(46,2%±2,7) – din lotul II.

Complicații după naștere nu au fost depistate nici la una dintre femei.

La a 3- 5 zi au fost externate 83(89,2%±2,3) din lăuze, la 5- 10 zi 10(10,8%±1,9).

O mare parte dintre nașterile rapide s-au asociat cu traumatism matern în 43(51,8%) cazuri:

ruperea comisurii posterioare în 14(16,9%±2,1) cazuri, 10(71,4%±1,2) – în lotul I, 4(28,6%±3,1) – în lotul II;

ruperea perineului de gr. I în 14(16,9%±1,7), 7(50%±2,8) – în lotul I, 7(50%±2,8) – în lotul II;

ruperea vaginului în 5(6%±2,5) - tot cazuri din lotul I;

cu ruperea colului uterin în 3(3,6%±2,4) cazuri din lotul II și hematom al vaginului într-un (1,2 %±1,2) caz în lotul I.

Aprecierea stării nou-născuților după scorul Apgar (>7 puncte – 75(80,6%±1,5) cazuri, 6-7 puncte – 7(7,5%±1,3): 4(57,1%±2,1) din lotul I, 3(42,9%±2,6) cazuri din lotul II; 5-6 puncte – 5(5,4%±2,4) cazuri: 3(60%±1,6) din lotul I, 2(40%±2,6) din lotul II; 0-5 puncte – 6(6,5%±1,8): 3(50%±3,1) cazuri din lotul I și 3(50%±3,1) din lotul II) și pe baza datelor antropometrice (masa > 2500g în 80(86%±2,9) cazuri; 2000-2500 g în 4(4,3%±1,3) din lotul II; 1500-2000 g în 2(2,2%±2,5) din lotul I; 1000-1500 g în 2(2,2%±2,5) cazuri din lotul I și mai puțin de 1000 g în 5(5,3%±1,7) cazuri: 3(60%±2,9) - în lotul I și 2(40%±2,6) – în lotul II) indirect demonstrându-ne că vascularizarea utero-placentară nu este dereglată.

La toți nou-născuții în primele 24 ore a fost efectuată profilaxia specifică împotriva hepatitei virale B prin vaccinare.

Complicațiile depistate la nou-născuți constituie 58(63,4%±3,2), dintre care :

- retard de dezvoltare intrauterină a fătului gr.I 9(9,7%±1,6) (tip hipotrofic): 4(44,4%±1,6) – în lotul I, 5(55,6%±1,8) – în lotul II;
- encefalopatie hipoxico-ischemică gr.I 3(3,2%±1,5) din lotul I;
- cefalohematom 2(2,2%±2,5) din lotul II;
- sindrom hemoragic 2(2,2%±2,5) din lotul I;
- boala hemolitică în grupa de risc Rh și ABO conflict 2(2,2%±2,5) cazuri din lotul II;
- moartea neonatală precoce 2(2,2%±2,5) (malformații fetale) din lotul II;
- displazie coxofemorală bilaterală 1(1%±1,2) din lotul I.

Discuții

Rezultatele studiului ca și datele literaturii de specialitate au constatat că declansarea nașterii la pacientele cu hepatită virală are loc la termeni de gestație mai precoce, în legătură cu insuficiența funcției hepatice, care afectează metabolismul general și cel al estrogenilor, cantitate cărora în trimestrul III crește considerabil [6].

Datele literaturii de specialitate ca și rezultatele studiului dat au determinat că la gravidele cu hepatită cronică virală se micșorează durata nașterii, crește numărul de nasteri rapide și fulgerătoare și traumatismul postnatal al mamei și al fătului. De asemenea se determină mai frecvent ruperea prenatală de membrane amniotice[8].

La fel, atât literatura de specialitate cât și rezultatele studiului au confirmat că nou-născuții au fost apreciați după scorul Apgar - stare satisfăcătoare, iar conduita nașterii, de obicei, nu implică particularități. Este indicată profilaxia hipoxiei intrauterine a fătului și a hemoragiei patologice din perioada a III de naștere. Operația cezariană este indicată doar la indicații absolute [1,2].

Evidențiem că datele de literatură recomandă vaccinarea nou-născuților împotriva hepatitei B, care permite prevenirea dezvoltării HBV și HDV- infecției având o eficacitate de 90%. Totodată, cu toate că vaccinarea nou-născuților se efectuează chiar în primele ore după naștere, riscul transmiterii infecției de la mamă la făt se menține la rata de 5-15 %. Imunoprofilaxia specifică împotriva altor forme de hepatite virale nu a fost elaborată [9].

Menționăm că în conformitate cu datele literaturii de specialitate sarcina este contraindicată numai femeilor cu hepatită cronică în faza activă agresivă, în ciroză hepatică, în colecistită acută cu febră, icter [6,9].

Concluzii

1. Rezultatele studiului au constatat că declansarea nașterii la pacientele cu hepatită virală are loc la termeni de gestație mai precoce(36-38 săpt.).

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