

9. *Miron A.* Prematuritatea extremă ca factor de risc al complicațiilor neurologice. Materialele celui de-al II-lea Congres Internațional Medical al Studenților și Tinerilor Medici "MedEspera-2008". Curierul medical. Ediție specială. Chișinău, 2008, pag.81.
10. *Phibbs C. et al.* Level and volume of neonatal intensive care and mortality in very-low-birth-weight infants. N. Engl. J. Med. 2007; 356: 2165-2175
11. *Stratulat P.* Evaluarea situației demografice în Republica Moldova: structura, factorii de risc, tendințe și perspective. Materialele congresului al V-lea al pediatriilor și neonatologilor din RM (cu participare internațională); octombrie 2009; p. 8-17
12. *Stratulat P.* Situația actuală în asistența perinatală și problemele existente în asistența mamei și copilului. Buletin de perinatologie, 2008; 4 (40): 3-11
13. Supliment la Ghidul C Național de Perinatologie. Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și neonatologie (destinat medicilor obstetricieni, neonatologi și medicilor de familie). Vol. 3, Chișinău, 2007
14. *Сидельникова В., Антонов А.* Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. М., 2006
15. *Яцък Г., Бомбардирова Е., Харитоновна Н.* Проблемы и перспективы выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела. Вестник ПАМН, 2008, №12:41-44
16. *Paladi Gh., Hodorogea S., Salari O., et al.* Unele considerente asupra conduitei nașterilor premature provocate de ruperea prenatală a pungii amniotice. Materialele conferinței practico-științifice consacrate jubileului a 40 ani SCM Nr. 1, Chișinău 2001.
17. *Paladi Gh.* Transabdominal amnioinfusion for the management of premature rupture of membranes. / 17th European Congress of Obstetrics and Gynecology, 2002, Prague.
18. *Paladi Gh., Visterniceanu V.* Prematuritatea în aspect socio-medical. / Mat. conf. științ. a colabor. și studenților USMF «N. Testemițanu», oct. 1998, Chișinău.
19. *Радзинский В.Е., Костин И.Н.* Преждевременные роды., Акушерство и гинекология. 2009., Nr 4., ст. 16- 19.

ASPECTE DE DIAGNOSTIC ÎN RETARDUL DE DEZVOLTARE INTRAUTERIN (RDIU) AL FĂTULUI

Oxana Gangan, Valentina Diug, Corina Iliadi-Tulbure

(Coordonator științific - Valentina Diug, dr. med, conf. univ.)

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Some diagnosis aspects in intrauterine growth restriction (iugr)

The study is based on evaluation of 5393 birthes in IMSP ICȘDOSMC, city of Chișinău, from which 306 cases of intrauterine growth restriction (IUGR), which represents 6,0%. Anamnestic facts, clinical and paraclinical evidences, evolution of gestation and the modalities of birth were evaluated.

Rezumat

Studiul se bazează pe cercetarea și evaluarea a 5393 nașteri în cadrul IMSP ICȘDOSMC șiC, mun. Chișinău, pe parcursul anului 2010, dintre care 306 cazuri cu RDIU al fătului la naștere, ceea ce constituie 6,0%. Au fost evaluate datele anamnestice și clinico-paraclinice, evoluția perioadei de gestație și metoda de finalizare a sarcinii.

Actualitatea

Importanța temei este relevată prin faptul că greutatea la naștere este cel mai semnificativ indicator al mortalității și morbidității perinatale, precum și al dezvoltării copilului în viitor, în special în primul an de viață [1,6]. În ultimii ani, în literatura contemporană apar diferite

publicații consacrate aspectelor diverse ale copilului cu RDIU [4,6,7]. Acest fapt, pe de o parte, este determinat de creșterea sporită a incidenței nașterii copiilor cu masă mică și influența acestora asupra ratei indicilor perinatali și infantili. Posibilitățile limitate de diagnostic precoce și tratament al insuficienței fetoplacentare, asociate frecvent în situațiile date, precum și procesele de adaptare reduse ale noi-născuților hipotrofici, impune necesitatea stabilirii unei conduite obstetricale adecvate [4,6]. Un aspect fundamental este selecția metodei optime de finalizare a sarcinii cu RDIU al fătului în scopul îmbunătățirii rezultatelor perinatale [1,7].

Incidența RDIU al fătului variază mult în dependență de populația examinată, în diferite zone geografice, cât și variația curbelor de creștere standard ale greutateii utilizate. În țările occidentale patologia dată se manifestă printr-o incidență de 3-5% vs. 17-24% din țările în curs de dezvoltare. În Republica Moldova a fost raportată incidența medie de 6,1% între anii 2002-2010, vs. 3,2% în anul 1993 [1,8]. Astfel, în aspect statistic, 10% din întreaga populație posedă valori ale biometriei fetale inferioare celor presupuse în funcție de vârsta de gestație corespunzătoare.

RDIU al fătului constituie a treia cauză de mortalitate perinatală, incidența acestuia pentru prematuri fiind mult mai crescută. În 30-60% cazuri, cauza mortalității perinatale sunt anomaliile congenitale fetale și sindromul vasculo-renal matern. Suferința fetală intrapartum atinge 40-50%, cu tendință de a fi mai mare în RDIU de tip simetric [2]. Feții cu masa sub percentila a 3-a au șansa de supraviețuire în doar 50% cazuri. Într-un studiu efectuat de Strauss (an. 1998), se remarcă o reușită școlară mai puțin satisfăcătoare printre copiii în vîrsta de 10-16 ani, născuți cu RDIU. McGregor (an. 1999) relatează posibilitatea apariției deficiențelor motrice la copiii cu RDIU. Conform datelor lui Barker (an. 2001), procesele de adaptare fetală la malnutriția intrauterină generează modificări importante în structura și funcția organelor, ceea ce condiționează dezvoltarea patologiilor în vîrsta adultă [3].

În cazul RDIU al fătului, se pot asocia complicații chiar din primele săptămîni de gestație, ceea ce implică necesitatea adoptării unei conduite corecte, prin evaluarea patologiei de creștere în utero, a factorului etiopatogenetic și selecția modalității optime de finalizare a sarcinii.

Scopul studiului constă în diagnosticul etiopatogenetic al RDIU al fătului.

Obiectivele studiului sunt: determinarea incidenței RDIU al fătului, evidențierea factorilor etiopatogenetici, studierea evoluției sarcinii și nașterii în RDIU al fătului, evidențierea metodelor contemporane de diagnostic (examenul USG și velocimetria Doppler) în stabilirea retardului fetal și studierea morbidității și mortalității perinatale.

Material și metode

În procesul studiului au fost cercetate 5393 nașteri, în perioada anului 2010, dintre care 306 cazuri cu RDIU al fătului, ceea ce constituie o incidență de 6,0%. Studiul s-a desfășurat în cadrul IMȘP ICȘDOSMșiC. Pentru realizarea scopului propus au fost studiate 103 fițe de observație, cu cercetarea retrospectivă a datelor conform unui chestionar stabilit anterior, în care au fost transpuse: datele anamnestice (vîrsta, anamneza obstetricală, paritatea, evoluția sarcinii actuale); clinice cu (utilizarea gravidogramei) și paraclinice (examenul USG, velocimetria Doppler). Examenul USG a permis aprecierea vîrstei de gestație, stabilirea dezvoltării intrauterine al fătului cu determinarea parametrilor biometriei fetale (masa estimativă fetală – MEF, diametrul biparietal – DBP, circumferința abdominală – CA, circumferința craniană – CC, lungimea femurului – LF), și utilizarea curbei de creștere *in utero*. Velocimetria Doppler a permis aprecierea modificărilor circuitului sangvin uterin, ombilical și a arterei cerebrale medii al fătului, permițînd determinarea valorilor indicilor velocimetriei calitativi (indicele de rezistență - IR, indicele de pulsilitate - IP, raportul sistolă-diaistolă - S/D). Au fost apreciate conduita sarcinii și nașterii și principalii indici perinatali (mortalitatea și morbiditate perinatală).

Rezultate și discuții

Pe parcursul anului 2010 în cadrul IMȘP ICȘDOSMșiC au fost asistate 306 cazuri cu retard de dezvoltare intrauterină al fătului, realizând o incidență de 6,0%. Datele obținute sugerează că incidența acestei patologii se menține la un nivel constant înalt între anii 2002-2010 (fig. 1).

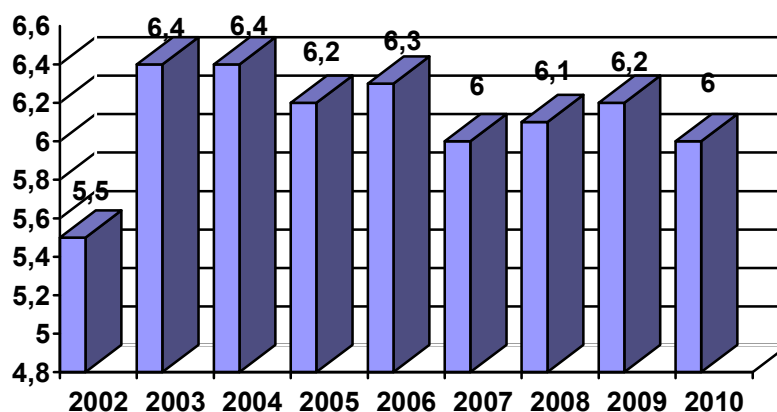


Figura 1. Incidența RDIU al fătului pe parcursul anilor 2002-2010

Vârsta pacientelor incluse în studiu a fost preponderant cuprinsă între 20-31 ani (53,3%), sub 20 de ani au avut 23,5% paciente, între 32-40 ani – 18,4%, peste 40 ani - 4,8% paciente. Cel mai frecvent RDIU al fătului s-a manifestat la primipare (66,9%), fiind într-un raport de 2:1 față de multipare (33,1%), ceea ce confirmă datele literaturii de specialitate[1,8,6]. Această distribuție poate fi interpretată ca o dificultate de adaptare a circulației uterine la necesitățile fătului în prima sarcină, care apoi poate fi ameliorată în sarcinile ulterioare, printr-un diagnostic și conduită adecvată[1,3].

Studiind anamneza, am determinat că în 9,7% cazuri, pacientele au avut în anamneză nașteri cu RDIU. Anamneza obstetricală a fost complicată prin avort medical la cerere și avort spontan în aproximativ 50% cazuri. A fost apreciată influența patologiei materne asupra dezvoltării fătului. A fost observată dezvoltarea anemiei feriprive în 52,2% cazuri, afecțiunile aparatului urinar (în special pielonefrita) în 22,3% cazuri, patologia gastro-intestinală în 10,7% cazuri, patologia cardiacă atât congenitală cât și dobândită în 7,8% cazuri, patologia neurologică în 6,8% și cea respiratorie (bronșită cronică, astm bronșic etc.) în 5,8% cazuri. Dintre complicațiile cele mai frecvent întâlnite au fost: iminența de avort spontan (13,6% cazuri), iminența de naștere prematură (39,8% cazuri), infecțiile urogenitale și respiratorii pe parcursul sarcinii (15,5% cazuri), gestoză precoce (2,9%). Hipertensiunea indusă de sarcină s-a manifestat în 12 cazuri (11,7%), fiind semnalate 14 cazuri de preeclampsie (13,6%).

În 70 cazuri de retard fetal a fost observată o interdependență directă dintre gravitatea retardului fetal și înălțimea fundului uterin ce s-a determinat cu o frecvență de 67,9% cazuri, în special în aprecierea masei estimative fetale sub percentila a 3-a la examenul USG, în asocieră cu alte metode clinico-paraclinice.

Diagnosticul de RDIU al fătului a fost stabilit ecografic în 84,3% cazuri și s-a confirmat după naștere. A fost determinată o necorespondență a parametrilor biometriei fetale cu vârsta de gestație corespunzătoare la examenul USG, aceștia fiind situați sub limitele normei. CA a fost apreciată sub a 10-a percentilă în 90,6% cazuri; CC – în 68,7% cazuri; DBP – în 70,3% cazuri; iar LF – în 50% cazuri. Cu toate acestea, cel mai semnificativ criteriu, în baza căruia poate fi urmărită dezvoltarea fătului în dinamică și caracterizează nemijlocit RDIU al fătului este masa estimativă a fătului. Frecvent, retardul fetal este asociat cu oligoamnios, care în cadrul studiului efectuat a fost apreciat în 34,4% cazuri de RDIU. La studierea gradului de suferință fetală în baza analizei fluxului sangvin fetal și matern la velocimetria Doppler a fost observată o creștere nepronunțată a tuturor parametrilor (IR în 34,3% cazuri, IP – în 21,9%, S/D în 21,9% cazuri). În 42,2% cazuri de RDIU al fătului incluse în studiu a fost apreciat divers grad de suferință fetală:

insuficiență circulatorie gr.IA în 20,3%, gr.IB în 18,7%, gr.II – în 6.3%, gr.III- în 6,3% cazuri și flux diastolic nul în 9,4% cazuri, ceea ce a constituit indicația directă către extracția fetală prin operație cezariană.

Pe parcursul sarcinii au fost internate în staționar pentru tratament medicamentos în legătură cu complicațiile sarcinii în caz de retard fetal 50,4% femei. În 34 cazuri (33,1%) tratamentul a fost efectuat în legătură cu insuficiența fetoplacentară asociate cu RDIU al fătului. Gestantele spitalizate au primit tratament necesar, însă, practic nu a fost semnalată o îmbunătățire vădită a stării generale, ci doar o ameliorare temporară.

Copiii cu RDIU s-au născut per-vias-naturalis (PVN) în 57 de cazuri (54,3%), în 46 de cazuri fiind extrași prin operație cezariană (OC), ceea ce a constituit 44,6% cazuri. OC programată a fost efectuată în 15 cazuri (32,6%), iar în mod urgent – în 31 cazuri (67,4%). Cele mai frecvente indicații pentru nașterea fătului prin OC au fost: diagnosticul de RDIU al fătului determinat la examenul USG, suferința intrauterină a fătului apreciată la velocimetria Doppler prin aprecierea fluxului diastolic nul, reverse flow, indicele cerebroplacentar subunitar în 42,2% și valori patologice ale IR, IP,S/D în 76,1% cazuri. În 14 cazuri, ceea ce a constituit 30,4%, indicațiile fetale către OC au fost asociate cu cele materne (hipertensiune indusă de sarcină, preeclampsie severă, decolarea de placentă normal înserată, uter cicatriceal asociat cu prezența patologică a fătului).

Pe parcursul studiului am determinat că majoritatea nou-născuților au fost apreciați cu ≥ 7 puncte (tab. 1).

Tabelul 1

**Aprecierea nou-născuților după scorul Apgar
în funcție de modalitatea de naștere**

<i>Scorul Apgar, puncte</i>	<i>Modalitatea de naștere</i>					
	<i>OC</i>		<i>PVN</i>		<i>În total</i>	
	<i>abs.</i>	<i>%</i>	<i>abs.</i>	<i>%</i>	<i>abs.</i>	<i>%</i>
≥ 7	44	42,7	47	45,6	91	88,3
<i>între 4 și 6</i>	2	2,9	6	5,8	8	7,8
≤ 3	0	0	4	3,9	4	3,9

Studiind masa noi-născuților la nastere am determinat prevalența masei între 2000-2499 g (tab 2).

Tabelul 2

**Aprecierea nou-născuților după greutatea la naștere
în funcție de modalitatea de naștere**

<i>Masa nou-născutului grame</i>	<i>Modalitatea de naștere</i>					
	<i>OC</i>		<i>PVN</i>		<i>În total</i>	
	<i>abs.</i>	<i>%</i>	<i>abs.</i>	<i>%</i>	<i>abs.</i>	<i>%</i>
<i>2500-2799</i>	15	14,5	17	16,5	32	31,3
<i>2000-2499</i>	23	22,3	22	21,3	45	43,6
<i>< 2000</i>	11	10,6	15	14,5	26	25,1

Mortalitatea perinatală a constituit 17 cazuri (5,5%), dintre care 7 cazuri de mortalitate antenatală și 10 cazuri de mortalitate neonatală precoce. Intranatal nu a decedat nici un copil. Indicele mortalității perinatale a fost constituit de nașterile premature, cu termenul între 32-36 săptămâni. Morbiditatea perinatală a pus în evidență nozologii ca: bronho-pneumonii congenitale uni-/bilaterale în 10 cazuri (9,7%), hiperbilirubinemie și perioada icterică prelungită (25 cazuri).

Concluzii

- Rezultatele studiului au constatat menținerea incidenței RDIU al fătului la un nivel stabil înalt între anii 2002-2010, în medie 6,1%.
- Sarcinile cu RDIU al fătului au evoluat pe fon de: primiparitate, anamneză obstetricală și ginecologică agravată, maladii extragenitale (mai frecvent renale), fiind complicată cu gestoză precoce și tardivă precum și anemie feriprivă.
- Rezultatele cercetării au demonstrat o dată în plus importanța examenului USG în aprecierea RDIU al fătului, cu utilizarea curbei de creștere *in utero* și velocimetriei Doppler în stabilirea gradului de suferință fetală intrauterină.

Bibliografie

1. Ancăr V., *Hipotrofia fetală*, Ed. Medicală Amaltea, București, 1996, pag.167.
2. Arbeile P., *Fetal arterial Doppler - IUGR and hypoxia*, Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 1997, 75(1), p.51-53.
3. Barker D.J.P., Fall C.H.D. *The immediate and long-term consequences of low birthweight*. Technical Consultation on Low Birthweight, UNICEF, New York, 2000, p.342-347.
4. Goldenberg R.L., Cutter G.R., Hoffman H.J. et al., *Intrauterine growth retardation: Standard for diagnosis*, Am. J. Obstet. Gynecol, 1999, 161, p.271-277.
5. Ivanov L., Eșanu T., Stavinskaia L., Cernețchi O., *Insuficiența circulatorie la făt pe parcursul sarcinii*, Anale Științifice, USMF „Nicolae Testemițanu”, 2006, vol. V, ed. VII, p.45-50.
6. Paladi Gh., Iliadi C., *Retardul de dezvoltare intrauterină (RDIU) al fătului și influența lui asupra indicilor perinatali*. Buletin de Perinatologie, 2005, no. 1, p. 61
7. Paladi Gh., Tabuica U., Iliadi C., *Retardul de dezvoltare intrauterină (RDIU) al fătului: aspecte contemporane de diagnostic și metoda optimă de finalizare a sarcinii*. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Științe Medicale, 2007 no. 2(11), p. 47-54
8. Paladi Gh, Olga Cernețchi „*Obstetrică patologică*”,vol.II, Chișinău 2007, pag.273-293.

EVOLUȚIA SARCINII ÎN PATOLOGIA CARDIOVASCULARĂ

Sergiu Malai, Corina Iliadi-Tulbure, Victor Ciobanu

(Șef catedră: dr.hab., prof.univ.: Olga Cernețchi)

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The evolution of pregnancy in cardiovascular disease

Despite numerous investigations in contemporary obstetrics the management of pregnancy in cardiovascular disease remains current. Cardiovascular disease ranks four (after infection, pregnancy-induced hypertension and hemorrhage) among the leading causes of maternal mortality and morbidity. Approximately 1 – 4% of pregnant women have cardiac disease, and the incidence is kept high without falling trend. This directly influences the maternal-fetal parameters. The prognosis for the pregnant patient with cardiovascular disease is good with careful management. Decompensation is the leading cause of maternal death, which depends on the patient's age, the age of cardiac pathology and the heart's functional capacity at the pregnancy outset.

Rezumat

În ciuda numeroaselor studii în obstetrica contemporană, conduita sarcinii în cazul patologiei cardiovasculare rămâne o problemă actuală. Patologia cardiovasculară în sarcină reprezintă una din cauzele principale ale mortalității și morbidității materne după infecții,