

bronhopneumonie bilaterală diagnosticată și la 1 copil din grupul de control în legătură cu infecție intrauterină.

Rezultatele studiului nostru ne permit să facem **concluzie**, că:

1. Evoluția sarcinii și nașterii la femeile, ce au suportat intervenție chirurgicală la plămâni în proces tuberculos, poartă un caracter agravat. Mai des, decât la gravide sănătoase, s-a apreciat anemia feriprivă de gradul I-II, iminență de întrerupere a sarcinii la diferite termene, patologia sistemului feto-placentar, gestoze precoce și tardive; procentul sporit de ruperea prenatală a pungii amniotice și de traumatismul căilor moi de naștere.
2. Nu am stabilit dependență directă între evoluția gestației-rezultate perinatale și perioada de timp de la momentul efectuării intervenției chirurgicale la plămâni și volumul acesteea.
3. La femeile cu rezeecție pulmonară în proces tuberculos în anamneză este necesară planificarea și conduita sarcinii și nașterii în comun cu ftiziatrui, cu efectuarea terapiei antirecidivante specifice pînă la sarcină, în timpul sarcinii și în perioada postpartum.
4. În scopul evaluării funcției respiratorii externe și aprecierii conduitei nașterii este recomandată internarea prepartum a gravidelor cu rezeecție pulmonară în anamneză. Se dă prioritatea nașterilor per vias naturalis, cu excluderea, la necesitate, a scremetelor prin nașteri asistate.

Bibliografie

1. Arora V.K., Rajnish Gupta. Tuberculosis and pregnancy. – Indian Journal of Tuberculosis – 2003, 50, 13.
2. Pecora DV. Pneumonectomy for pulmonary tuberculosis. Dis Chest. 1968 Aug;48:153-9.
3. Гурьев Д.Л., Охапкин М.Б., Хитров М.В. Ведение и родоразрешение беременных с заболеваниями легких, методические рекомендации, ЯГМА, 2007.
4. Ковганко П. А. Исходы беременности и родов у женщин с выполненным по поводу туберкулезного процесса оперативным вмешательством на легких. Российский вестник акушера-гинеколога. Издательство «Медиа Сфера», © 2005
5. Стаханов В.А., Макаров О.В., Каюкова С.И. Влияние туберкулеза органов дыхания на течение беременности и перинатальные исходы. – 2006 N3. p.22-24.

PATOLOGIA ANEXELOR FETALE

Rodica Tăutu

(Conducător științific, Acad. Gh. Paladi)

Catedra Obstetrică-Ginecologie FECMF

Summary

Pathology of fetal annexes

Currently in the specialized literature there are outlined three priority scientific direction that could lead to lower perinatal indicators both worldwide and in Moldova : reducing prematurity, management of hypertensive states and the pathology of the fetal Annexes. That is why we initiated a study that has the purpose to detect the incidence of abnormalities of fetal annexes, the clinical features, the diagnostic period and their consequences based on the perinatal outcome. A descriptive analytical study was conducted that included 8330 births that took place in the Nr. 1 Municipal Clinical Hospital, Chisinau, during 2010. For the 2189 births that took place in the 3rd block were calculated the umbilical torsion index and the umbilical thickness index and were appreciated their clinical role.

Conclusions:

1. Of 8330 births that took place during 2010 in Nr. 1 Municipal Clinical Hospital, Chisinau, the pathology of the fetal annexes was diagnosed in 4184 patients (50.2%).

2. Often the perinatal outcomes in cases with annexes pathology do not correlate with the ultrasound examination, Doppler examination performed ante partum, leading to the disorientation of the obstetrician that makes it difficult to assess the risk and make the right decision regarding the initiation of birth.
3. The detailed examination postpartum of the fetal annexes is absolutely necessary and can explain many cases of perinatal losses. In order to obtain that it would be useful to implement a unique formulary model like in some of the Western countries.
4. Unfortunately microscopic pathological examination results in cases of suspected fetal annexes pathology are not available for obstetricians and gynecologists. They are fixed in the documentation submitted only in cases of perinatal death.
5. If we could avoid the death of children with the pathology of the fetal annexes, the antenatal mortality would reduce by 3.3 ‰ avoid the intranatal one and reduce the perinatal from 10.1 ‰ to 7.9 ‰.

Rezumat

La moment în literatură sunt schițate trei direcții științifice prioritare care ar putea duce la micșorarea indicatorilor perinatali atât pe plan mondial cât și în Republica Moldova: reducerea prematurității, managementul stărilor hipertensive și patologia anexelor fetale. Iată de ce am inițiat un studiu scopul căreia constă în depistarea incidenței anomaliilor anexelor fetale, a particularităților clinice, momentului diagnosticării acestora și consecințelor perinatale. A fost efectuat un studiu analitic descriptiv în care au fost incluse 8330 nașteri ce au avut loc în Spitalului Clinic Municipal numărul 1, Chișinău, pe parcursul anului 2010. Pentru 2189 nașteri ce au avut loc în blocul obstetrical numărul 3 a fost calculat indexul de torsionare și indicele de grosime a cordonului ombelical și apreciat rolul clinic a acestora.

Concluzii:

1. Din 8330 nașteri ce au avut loc pe parcursul anului 2010 în incinta SCMNr1 patologia anexelor fetale a fost diagnosticată la 4184 paciente(50,2%).
2. Deseori rezultatele obținute după nașterea copilului în ce privește patologia anexelor nu coincid cu datele examenului ultrasonografic, a examenului Doppler efectuate antepartum, ceea ce duce la dezorientarea medicului obstetrician de a aprecia pericolul și de a lua decizia corectă în ce privește declanșarea nașterii.
3. Examinarea minuțioasă a anexelor fetale de către medici postpartum e absolut necesară, putând explica în multe cazuri pierderile perinatale. În acest scop ar fi utilă implementarea unei anchete unice, după modelul țărilor occidentale.
4. Cu regret rezultatele examenului microscopic anatomopatologic în caz de suspexie a unei patologii ale anexelor fetale nu sunt accesibile pentru medicii obstetricieni-ginecologi. Ele fiind transmise și fixate în documentația obstetricală numai în caz de deces perinatal.
5. Dacă am fi putut evita decesul copiilor cu patologii ale anexelor fetale am fi redus mortalitatea antenatală cu 3,3‰ evita-o pe cea intranatală și reduce perinatale de la 10,1‰ la 7,9‰.

Actualitatea

Datorită implimentării pe larg a ultrasonografiei, aplicării în practică a efectului Doppler, revizuirii unor tactici obstetricale, datorită tratării bolii membranelor hialine pe parcursul ultimelor 50 ani pe plan mondial s-a obținut o îmbunătățire a indicatorilor perinatali. Știința nu stă pe loc, continuu se lucrează în ce privește depășirea tuturor rezervelor tehnice, obstetricale, neonatale ce ar putea îndepărta toate riscurile perinatale și duce în final la nașterea copiilor sănătoși. La moment în literatură sunt schițate trei direcții științifice prioritare care ar putea duce la micșorarea indicatorilor perinatali atât pe plan mondial cât și în Republica Moldova: reducerea prematurității, managementul stărilor hipertensive și patologia anexelor.

Aceste direcții sunt și mai actuale pentru Republica Moldova unde pierderile perinatale depășesc de 4-5 ori și mai mult aceiași indicatori din țările industrial dezvoltate fără a avea tendințe de reducere în pofida reformelor întreprinse în domeniul perinatologiei și a scăderii numărului de nașteri pe parcursul ultimelor decenii de la 94.727 în anul 1986 până la 40000 în anul 2010 [1,3].

Numai patologia cordonului ombelical se semnaleaza la fiecare al 3-lea nou-născut, în 7,7-21,4% este cauza asfixiei nou- născuților, iar în 1,7-4,3% determină moartea intranatală a fătului și în 1,5-1,6% moartea neonatală [2,6].

Încă Hipocrate în lucrarea sa "De Octimestri Partu" menționa rolul anexelor fetale asupra rezultatelor perinatale. Prima descriere științifică a cordonului ombelical ajunsă până în zilele noastre poate fi găsită în lucrările lui Galen (129 - 200 e.n.), iar Harvey a fost acela care în 1657 a sugerat că întreruperea circuitului sangvin ombelical determină decesul fătului.

Placenta la rândul ei a fost descrisă de chirurgul italian, părintele embriologiei, Hieronymus Fabricius în lucrarea "De formata foetu" (1604), denumirea acestei anexe fetale fiind dată încă de Realdus Columbus în 1559[5].



Fig.1. "De formata foetu", imaginea placentei.

Patologia anexelor fetale e asemănată cu un aisberg, iar o examinare mai minuțioasă a problemei ar elucida tabloul real explicând un procent semnificativ din pierderile perinatale.

Iată de ce am inițiat un studiu scopul căreia constă în depistarea incidenței, a tipurilor de anomalii ale anexelor fetale, particularităților clinice, a momentului diagnosticării acestora și consecințelor perinatale.

Materiale și metode

S-a efectuat un studiu analitic descriptiv în care au fost incluse 8330 nașteri ce au avut loc în Spitalului Clinic Municipal numărul 1, Chișinău, pe parcursul anului 2010.

Studiul a urmărit stabilirea incidenței și tipurilor de anomalii ale anexelor fetale, momentului diagnosticării acestora, a impactul asupra evoluției sarcinii, nașterii, modul de finalizare a sarcinii precum și rezultatele perinatale obținute.

Pentru 2189 nașteri ce au avut loc în blocul obstetrical numărul 3 a fost calculat indexul de torsiune și indicele de grosime a cordonului ombelical și apreciat rolul clinic a acestora.

Rezultate și discuții

Din numărul total de nașteri la 3740 paciente (44,9%) s-au semnalat patologii ale cordonului ombelical (lotul I), în 152 cazuri (1,82%) a fost constatată patologia placentei (lotul II), iar în 292 cazuri (3,5%) patologia lichidului amniotic (lotul III).

În ce privește patologia cordonului ombelical au fost analizați următorii parametri: lungimea, modul de inserție, indexul de grosime (raportul dintre masa cordonului ombelical și

lungimea acestuia) și de torsiune (numărul total de spire complete raportat la lungime), circularele de cordon, prezența nodurilor adevărate sau false. Pacientele cu patologii ale cordonului ombelical au fost în 59,7 %± 1,5% primipare, iar în 40,3 %±1,5% multipare. Majoritatea pacienților din acest lot au avut vârsta de 25 ani ± 3 ani.

Incidența cordon ombelical ≤ 40 cm în lotul de studiu a fost de 11,19%, iar mai mare de 70 cm în 13,82%. În nici un caz lungimea cordonului nu a fost mai mică de 32cm.

În 3283 cazuri (87.8%±0,96%) cordonul ombelical a avut inserție centrală, în 445 cazuri (11,9%±0,94%) s-a depistat inserție marginală, și doar în 12 cazuri (0.3%±0,17%) vilamentoasă. Circulara de cordon ombelical s-a constatat în 49,3% la nou-născuții de sex masculin și în 37,6% la cei de sex feminin. Circulară unică de cordon ombelical a fost semnalată în 2775 cazuri (74,2%), dublă – 547 cazuri (14,62%) și triplă în 419 cazuri (11,2%). Numai în 24% din cazuri circulara a fost diagnosticată antenatal. Nodurile false - îngroșări locale ale cordonului datorate dilatării varicoase a venei ombilicale sau acumulării gelatine Warton au fost depistate în 23 cazuri (0,6%) pe când noduri veridice în 65 cazuri (1,73%). În două cazuri s-a constatat procedență de cordon ombelical.

Pentru determinarea a așa anomalie ca cordon ombelical subțiat, considerat factor de risc pentru retardul de dezvoltare intrauterină și asfixia fătului în timpul nașterii s-a determinat indicele de grosime, raportând masa cordonului ombelical la lungime. Conform datelor mai multor autori cordon ombelical trebuie considerat subțiat când indicele de grosime constituie pentru fetițe mai puțin de 0,492 g/cm, iar pentru băieți mai puțin de 0,549 g/cm^{1,3}. Noi am constatat valori reduse a indicelui de grosime la 179 fetițe (4,79 %±0,89%) și la 613 băieți (16,4%±1,9%) din numărul total de nașteri. E. DI. Naro (2001) în studiu său stabilește o incidență a acestei patologii de 10,3% în populația generală.

Indicelui de torsiune (numărul de spire complete raportat la lungime) a cordonul ombilical a fost clasificat în hipo, normo și hipertorsionat. Cordonul ombelical hipotorsionat conform literaturii se asociază frecvent cu hipoxie acută a fătului, asfixie medie și gravă la naștere, corioamnionită, cel hipertorsionat e asociat cu retardul intrauterin de dezvoltare a fătului, nașteri premature și indici velocimetrice alterați. S-a constatat cordon ombelical hipotorsionat (mai mic de 0,05 spire/cm) în 789 cazuri (21,11%±1,3%), iar hipertorsionat (valori mai mari de 0,319 spire/cm) în 107 cazuri (2.87%±0,53%).

Din 3740 paciente cu patologia cordonului ombelical, 2892 (77,3%) au născut per vias naturalis, fiind aplicate în 164 cazuri (5,7%) ventuze obstetricale, operația cezariană în mod urgent s-a efectuat în 479 cazuri (12,8%), iar cezariană planică în 369 (9.86%) cazuri. Indicațiile pentru terminarea sarcinii în mod operativ pe lângă patologia anexelor în cazul cezarienelor în mod urgent au servit: bazin anatomic strâmtat-bazin clinic strâmtat, insuficiența secundară a forțelor de contracție; iar în cazul cezarienilor în mod planic - tratamentul îndelungat al cuplului steril cu fertilizare în vitro, cicatrice anterioare pe uter, patologie extragenitală decompensată (epilepsie 1 caz, cardiopatie dismetabolică 1 caz, afectare SNC cu retard mental și surditate bilaterală).

Din 152 cazuri la care a fost constatată patologia placentei, la 37 paciente s-a diagnosticat placenta previa, în 41 cazuri s-a stabilit dezlipire de placentă normal inserată, retenția de țesut placentar datorită lobilor accesorii s-a semnalat la 20 paciente, în 53 cazuri s-a constatat placenta aderents, la o singură pacientă a fost stabilită în timpul operației cezariene placenta increta efectuându-se în cele din urmă histerectomie totală.

Dacă în cazul patologiei cordonului ombelical predominau pacientele primipare, apoi în cazul placenta previa și apoplexiei placentare predomină multipare fiind în proporție de 84% și respectiv 73%. În ce privește placenta previa rezultatele studiului au coincis cu datele de literatură aceasta fiind diagnosticată în special la pacientele cu antecedente ginecologice complicate prin chiuretaje uterine, emdometrite, uter cicatricial post operații cezariene sau miomectomii conservative.

Din numărul total de nașteri decolarea de placentă normal inserată reprezintă doar 0,45%. Datele obținute evidențiază ce cauză principală a acestei entități nozologice e în proporție de

72% reprezentată de stările hipertensive în sarcină, fiind incriminate și sarcina multiplă, polihidramniosul, traumatismul abdominal.

În ce privește patologia membranelor și lichidului amniotic la 29 pacienți s-a constatat impregnare meconială a membranelor amniotice și în 10 cazuri a fost confirmată diagnoza de corioamnionită, polihidramniosul a fost semnalat în 2,7% din cazuri, iar oligamniosul în 0,9%.

Atât în cazul excesului de lichid amniotic cât și în caz de deficiență a acestuia au predominat pacientele primipare în proporție de 51,2% respectiv 58,1%. Din numărul total de paciente cu polihidramnios 51,8% aveau anamneză obstetricală complicată, acest indicator fiind de 74,6% la pacientele cu oligoamnios. Patologia cronică extragenitală a fost reprezentată la pacientele cu polihidramnios de diabet zaharat (3,4%), infecțiile tractului urinar (9,2%), respirator (2,5%). Paciente cu oligoamnios au prezentat afecțiuni ale tractului urinar (29,7%), respirator (3,1%), gastrointestinal (5,6%), endocrin (8,6%).

În cazul pacientelor cu polihidramnios purtătoare de AgHBs au fost 7,6%, nu s-a semnalat nici un caz de infecție cu sifilis sau HIV/SIDA. La pacientele cu oligoamnios incidența purtătoarelor de AgHBs a fost de 5,3%, investigația la RW a fost negativă în 100% din cazuri, iar două paciente au fost diagnosticate pozitiv în ce privește HIV/SIDA una din ele fiind asimptomatică.

În cazul pacientelor diagnosticate cu exces de lichid amniotic 30,8% au fost purtătoare de agenți patogeni, citomegalovirusul a fost depistat în 7,3%, Clamidia Trachomatis în 3,2%, HSV tip II la 3,1% cazuri, toxoplasmoză în 1,2%, cu asocieri între citomegalovirus- Clamidia Trachomatis-HSV tip II în 7,1%, citomegalovirus- toxoplasmoză-HSV tip II în 4,2% din cazuri, citomegalovirus- HSV tip II în 4,7% din cazuri.

În cazul pacientelor cu oligoamnios statutul de purtător de agenți patogeni a fost confirmat la 37,9% din cazuri, citomegalovirusul a fost depistat în 6,8%, Clamidia Trachomatis în 10,2%, HSV tip II la 4,1% cazuri, cu asocieri între citomegalovirus- Clamidia Trachomatis-HSV tip II în 8,2%, citomegalovirus- toxoplasmoză-HSV tip II în 3,2% din cazuri, citomegalovirus- HSV tip II în 4,5% și citomegalovirus-micoplasmă 1% din cazuri.

Retardul de dezvoltare intrauterin a fătului a fost diagnosticat la 8,1% din pacientele cu polihidramnios și la 31,7% din pacientele cu oligoamnios.

Din numărul total de paciente cu exces de lichid amniotic 76% au născut per vias naturalis, iar 24% prin operație cezariană. În cazul pacientelor cu oligoamnios per vias naturalis au născut 66,4%, în restul cazurilor sarcina finisându-se în mod operator.

Din 375 copii internați în secția de terapie intensivă a nou-născuților în 79 de cazuri (21%) s-a semnalat patologii ale placentei și cordonului ombelical, în șase cazuri (1,6%) a fost confirmată diagnoza de corioamnionită, iar în 21 cazuri (5,6%) s-a semnalat oligo sau polihidramnios asociat cu retard fetal, hipertensiune indusă de sarcină, infecțiile în special din grupul TORCHI. În total din numărul de copii internați în secția de terapie intensivă a nou-născuților 106 (28,2%) prezentau patologii ale anexelor fetale.

Pe parcursul anului 2010 mortalitatea antenatală a constituit 4,7%, la termen fiind de 1,1%, iar pretermen de 73,8%. Din 40 de copii decedați antenatal 12 (30%) au prezentat patologii ale anexelor fetale, la 10 copii (25%) acestea au fost cauza de bază a decesului antenatal, în celelalte două cazuri a fost semnalat polihidramnios cauza morții antenatale fiind sindromul de transfuzie fetă-fetală (sarcină multiplă) și anomalii de dezvoltare a fătului.

Deși apoplexia placentară e semnalată în doar 0,49% (41 nașteri), ea e responsabilă de decesul antenatal a trei copii dintre care unul matur. Într-un caz cauza morții antenatale a servit insuficiența fetoplacentară cu flux diastolic zero anatomopatologic constatându-se multiple zone de infarcte placentare, cu edem a vililor, bride necrotice și depuneri masive de fibrină. Patologia cordonului ombelical și anume circulare de cordon, noduri veridice, tromboza vaselor ombelicale au fost cauza asfixiei și morții antenatale a șase copii.

Cauza unicului deces intranatal semnalat în anul 2010 a fost consecința tot a patologiei anexelor fetale și anume a decolării de placenta normal inserată la termenul de 32-33 săptămâni într-o sarcină multiplă.

Mortalitatea neonatală precoce înregistrată pentru anul 2010 în cadrul SCMNr 1 a fost de 5,2‰ (44copii), la termen fiind de 1,8‰ (15 copii), iar prermen fiind de 74,9‰. Din 44 de copii decedați în perioada neonatală precoce la 5copii (11,3%) cauza decesului a servit patologia anexelor fetale. Prematuritatea a fost cauza de bază a deceselor neonatale precoce.

Dacă am fi putut evita decesul copiilor cu patologii ale anexelor fetale am fi redus mortalitatea antenatală cu 3,3‰ evita-o pe cea intranatală și reduce perinatala de la 10,1‰ la 7,9‰.

Concluzii

1. Din 8330 nașteri ce au avut loc pe parcursul anului 2010 în incinta SCMNr1 patologia anexelor fetale a fost diagnosticată la 4184 paciente(50,2%).
2. Deseori rezultatele obținute după nașterea copilului în ce privește patologia anexelor nu coincid cu datele examenului ultrasonografic, a examenului Doppler efectuate antepartum, ceea ce duce la dezorientarea medicului obstetrician de a aprecia pericolul și de a lua decizia corectă în ce privește declanșarea nașterii.
3. Examinarea minuțioasă a anexelor fetale de către medici postpartum e absolut necesară, putând explica în multe cazuri pierderile perinatale. În acest scop ar fi utilă implementarea unei anchete unice, după modelul țărilor occidentale.
4. Cu regret rezultatele examenului microscopic anatomopatologic în caz de suspecție a unei patologii ale anexelor fetale nu sunt accesibile pentru medicii obstetricieni-ginecologi. Ele fiind transmise și fixate în documentația obstetricală numai în caz de deces perinatal.
5. Dacă am fi putut evita decesul copiilor cu patologii ale anexelor fetale am fi redus mortalitatea antenatală cu 3,3‰ evita-o pe cea intranatală și reduce perinatala de la 10,1‰ la 7,9‰.

Bibliografie

1. Baza de date a Biroului National de Statistică, www.statistica.md.
2. Naeye RL Umbilical cord length: Clinical significance. J Pediatr 107:278, 1985.
3. Paladi Gh.A., INDICATORII PRINCIPALI AI SĂNĂTĂȚII REPRODUCTIVE ȘI INFLUENȚA LOR SUPRA FENOMENULUI DEMOGRAFIC ÎN REPUBLICA MOLDOVA. Actualități și contraverse în obstetrică (materialele congresului al V-lea de obstetrică și ginecologie cu participare internațională), Chișinău, 2010, p.173-178.
4. Gardiner JP : The umbilical cord : normal length; length in cord complications; etiology and frequency of coiling. Surg. Gynecol Obstet 34:253, 1992.
5. Reiss Rosemary E. MD; Ash Avner D. PhD., The eighth month Fetus : classical sources for a modern superstition 270-273 Obstetrics and Gynecology Lippincott Williams & Wilkins, 1988., Vol 71.
6. Хамадмиамов У Р., Паталогия пуповины., Акуш и гинек 2001.; N 7., ст 14=15.
7. Steven H. Lewis., Eugene Perrin., Patology of the placenta., ISBN 0-443-07586-7.,1999.
8. Sherer DM, Dalloul M, Zigalo A, Bitton C, Dabiri L, Abulafia O: Power Doppler and 3-dimensional sonographic diagnosis of multiple separate true knots of the umbilical cord. J Ultrasound Med 2005; 24: 1321-3.
9. Sornes T: Umbilical cord knots. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79:157-9.
10. Gh. Paladi., O. Cernetchi., Obstetrica Patologică., Chișinău., 2007., Vol II., p 190-222.
11. Manual of Benirschke and Kaufmanns., Pathology of the Human Placenta, 2005
12. Heifetz SA. Single umbilical artery: a statistical analysis of 237 autopsy cases and review of the literature. Perspect Pediatr Pathol 1984;8:345-378.
13. Qureshi F, Jacques SM. Marked segmental thinning of the umbilical cord vessels. Arch Pathol Lab Med 1994;118:826-830.
14. Spellacy WN. Gravem H, Fisch RO: The umbilical cord complications of true knots, nuchal coils, and cords around the body. Am J Obstet Gynecol 1966; 94: 1136-42.

15. Hershkovitz R, Silberstein T, Sheiner E, et al: Risk factors associated with true knots of the umbilical cord. *Eur J Obstet Gynecol* 2001; 98: 36-9.
16. Makhoul IR, Solt I, Smolkin T, Brenner B, Reis A, Lowenstein L. Spontaneous umbilical cord hematoma. *Harefuah*. 4/2005;144:237-8, 304. [Medline].
17. Feldberg D, Ben-David M, Dicker D, Samuel N, Goldman J. Hematoma of the umbilical cord with acute antepartum fetal distress. A case report. *J Reprod Med*. 1/1986;31:65-6. [Medline].
18. Gualandri G, Rivasi F, Santunione AL, Silingardi E. Spontaneous umbilical cord hematoma: an unusual cause of fetal mortality: a report of 3 cases and review of the literature. *Am J Forensic Med Pathol*. Jun 2008;29(2):185-90. [Medline].
19. Munteanu Ioan, *Tratat de obstetrică* . Editura academiei Române 2000.

AVORTUL ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Ludmila Tăutu, Viorica Roșu

Catedra de Obstetrică și Ginecologie (FECMF),
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Summary

Abortion in the Republic of Moldova

In spite of all measures taken abortion remains the most widely used method of fertility control in Moldova . Analyzing the dynamics of abortion, we found large differences in the ratio of abortion in different districts of the country: from 8-10 to 100 births (Drochia, Ocnita, Orhei) up to 72.4 to 101.7 abortions per 100 births in Cahul and Taraclia. This prompted us to initiate a study aimed to Analyse in detail the interruption of pregnancies and the implementation of family planning methods in Cahul. A study was conducted retrospectively analyzed the medical records on all abortion on demand made during 2010 SR Cahul. And has conducted a prospective study based on survey and medical records of 950 abortions performed in Cahul District Hospital during January-August 2010.

Rezumat

Necâtând la toate măsurile întreprinse avortul continuă să fie cea mai utilizată modalitate de reglare a fertilității în Republica Moldova. Pe parcursul a mai multor ani se semnaliză un decalaj semnificativ între ratele avorturilor în diferite raioane ale republicii: de la 8-10 la 100 nașteri (Drochia, Ocnita, Orhei..) până la 72,4-101,7 avorturi la 100 nașteri în Cahul și Taraclia. Acest fapt ne-a determinat să inițiem un studiu orientat spre analiza mai detaliată în ce privește întreruperea sarcinilor și implimentarea metodelor de planificare famililă în raionul Cahul. A fost efectuat un studiu retrospectiv în care au fost analizate pe baza fișelor medicale toate avorturile la cerere efectuate în SR Cahul pe parcursul anului 2010. Precum și s-a efectuat un studiu prospectiv pe bază de anchetă și fișe medicale a 950 de întreruperi de sarcină efectuate în SR Cahul în perioada ianuarie - august 2010

Actualitatea

În pofida progresului tehnico-științific obținut, a tuturor succeselor medicinei contemporane, în multe țări ale lumii avortul continuă să fie o metodă de reglare a natalității, pe fodel unei sănătăți reproductive precare și al creșterii numărului cuplurilor infertile. Imoral, din punctul de vedere al Bisericii, scos în ilegalitate de legislația unor state, dreptul la avort a avut o evoluție sinuoasă, permanent controversată pe parcursul întregii istorii.

Lumea antică a prezentat o atitudine, în general, tolerantă în ceea ce privește dreptul femeii de a decide viitorul propriei sarcini.

Apariția creștinismului a intensificat atitudinea negativă a societății față de avortul provocat.