

- Tratamentul de bază aplicat în cazul AP s-a prezentat a fi operație cezariană, doar un singur caz nașterea s-a produs per vias naturalis, AP fiind produsă în perioada de expulzie a fătului.

### **Bibliografie**

1. Flowers D., Clark F., Westney S.,- In : "Cocaine intoxication associated with abruptio placentae", 1991, pag. 202-204.
2. Paladi G., Cernețchi O. – In the book: Obstetrică patologică. Hemoragiile obstetricale, 2007, pag. 391-400.
3. Stemberg M., Gladun E., Friptu V., Corolcova N.- Obstetrica practică. Apoplexia uteroplacentară, 2004, pag. 307-320.
4. Usui R., Matsubara S., Ohkuchi A., - In the book : Gynecology and Obstetrics . Fetal heart rate pattern reflecting the severity of placental abruption", 2007, pag. 207-216.
5. Wikipedia – Placental Abruption. Available at: [en.wikipedia.org/wiki/Placental\\_abruption](http://en.wikipedia.org/wiki/Placental_abruption)
6. Гордеева Г .- Акушерство и гинекология. Decolarea prematură de placenta normal inserată, 2008 , pag. 239-242.

## **NAȘTEREA PREMATURĂ- ASPECTE ETIOPATOGENETICE**

**Elena Pavlov, Victoria Badea, Victor Ciobanu**

(Coordonator științific- Ciobanu Victor, d.ș.m., conferenciar universitar)  
Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”  
Șef catedră- Cernețchi Olga, d.h.ș.m., profesor universitar

### **Summary**

#### ***Premature birth – etiopathogenesis aspects***

This article examine aspects of etiology and etiopathogenesis of premature birth. Here were investigated 190 medical record on retrospective analysis. In the following way three study groups were obtained according to gestational period. Results: the groups were detected fetal , maternal and mixed risk factors in triggering birth. In the gestational period of 22-27 weeks the precocious neonatal mortality rate is quite high. The signs of fetal distress are much more severe. Prophylaxis of premature birth is primarily prevention of the risk factors.

### **Rezumat**

Articolul dat elucidează aspectele etiopatogenetice ale nașterii premature. Au fost cercetate 190 de fișe medicale în baza analizei retrospective. S-au obținut 3 grupe de studiu în funcție de termenul gestațional. Rezultate: au fost detectați factorii de risc fetali, materni și materno-fetalii în declanșarea nașterii premature. La un termen de 22-27 săptămâni mortalitatea neonatală precoce are o rată destul de înaltă, iar semnele de suferință fetală sunt mult mai severe. Astfel, profilaxia nașterii premature este în primul rând profilaxia factorilor de risc.

### **Actualitatea**

Nașterea prematură este definită ca nașterea între 22-37 săptămâni de gestație a unui copil prematur cu masa corpului între 500-2499 g și talia între 25-45 cm.[1,2]

Importanța care se acordă în prezent prematurității se explică prin incidența încă ridicată a nașterilor premature în toată lumea, care în medie este de 10%. [1]

Nașterea prematură este responsabilă de aproximativ 50% din mortalitatea perinatală, 70-80% din mortalitatea neonatală precoce, ceea ce pentru țara noastră reprezintă date destul de impunătoare.[1,2,3]

Majoritatea prematurilor, fiind „prea mici” pentru a merge acasă, sunt susținuți timp de săptămâni în secțiile de terapie intensivă a nou-născuților deoarece implică serioase complicații și riscuri pentru viață. Totodată, prematurii consumă imense resurse materiale pentru îngrijire și

tratament. Uneori nici chiar cel mai bun tratament nu poate înlătura așa dezabilități ca : paralizia cerebrală, retardul în dezvoltarea neuropsihică, probleme de vedere, boli cronice de durată cu care se confruntă prematurul. Jumătate din problemele neurologiei pediatrice sunt atribuite prematurității.[4]

Cu toate cele menționate mai sus, peste 40% din nașterile premature rămân de etiologie necunoscută. Cauzele nașterii premature, de regulă, sunt asociate și nu unice, fiind evidențiați factori:

- socioeconomici
- medicali materni
- medicali fetoplacentari.[1,3].

Conform factorilor de risc, Colegiul american al obstetricienilor și ginecologilor a evidențiat 3 grupe de risc:

- 1.Femeile care au avut deja nașteri premature în anamneză;
- 2.Femeile însărcinate cu duplex;
- 3.Femeile cu anomalii de uter și col uterin.[4]

În acest context, evidențierea factorilor de risc rămîne o măsură necesară pentru profilaxia nașterii premature.

Studiul a avut **scopul** să studieze rezultatele nașterilor premature în clinica IMSP ICȘDOSM și C.

### **Obiectivele**

- 1.A evalua frecvența nașterii premature în cadrul IMSP ICȘDOSM și C pe perioada anului 2010.
- 2.A evidenția influența factorilor de risc materni în nașterea prematură.
- 3.A cerceta rolul factorilor de risc fetal în declanșarea nașterii premature.
- 4.A releva factorii de risc asociați materno-fetali în evoluția nașterii premature.
- 5.A analiza în cadrul grupelor de studiu conduita nașterilor premature.
- 6.A cerceta starea postpartum a copiilor născuți prematur.

### **Materiale și metode**

Studiul s-a desfășurat în cadrul IMSP ICȘDOSM și C (Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF).

Pentru realizarea obiectivelor propuse au fost selectate pentru studiul retrospectiv 190 de fișe medicale dintr-un număr total de 549 de nașteri premature asistate pe parcursul anului 2010 în cadrul instituției date.Cazurile date au fost repartizate conform termenului de gestație în 3 grupe de studiu:

- Grupa nr.1- 22-27 săptămîni, care a inclus 30 de fișe studiate
- Grupa nr.2- 28-33 săptămîni, care a inclus 80 de fișe studiate
- Grupa nr.3- 34-37 săptămîni, care a inclus 80 de fișe studiate.

Fiecare grupă de cercetare a fost analizată în baza obiectivelor enumerate, transpuse coerent într-un chestionar de studiu care a relevat:

-*factorii de risc materni*- vîrsta, anamneza obstetricală(gestația, nașterea, avorturi medicale, avorturi spontane,nașteri premature în anamneză, multiparitatea, evoluția acualei sarcini), anamneza ginecologică(colpите, vaginite în baza semnelor clinice și a frotiului vaginal).

-*factori de risc fetoplacentari*- sarcina gemelară, ruperea precoce a pungii amniotice cu evaluarea perioadei alichidiene, semne de infecție intrauterină, semne de insuficiență fetoplacentară, insuficiență circulatorie gr. II-III, modificări placentare și de lichid amniotic determinate în baza datelor ultrasonografice.

-determinarea conduitei de naștere, profilaxia SDR, starea postpartum a copiilor.

## Rezultate și discuții

Pe parcursul anului 2010 în cadrul IMSP ICȘDOSM și C au fost asistate 5393 de nașteri, din ele 549 au constituit nașteri premature, realizând o rată de 10,2%.

**Analizând I lot de studiu**, am determinat vârsta medie a femeilor de 28,6 ani, iar masa medie a nou-născuților de 838,3 g. Din numărul total de cazuri- 10% (n=3) au revenit sarcinilor gemelare.

În cadrul acestui lot, la 36,6% (n=11) cazuri s-a înregistrat un anamneștic de avorturi spontane (dintre care 45,5%, n=5- mai mult de 3) și 13,3% (n=4) cazuri de avorturi medicale. Nașteri premature în anamneză au fost la 10% (n=3). În evoluția sarcinii la 26,6% (n=8) a fost înscrisă cel puțin o iminență de naștere prematură cu tratament adecvat primit în staționar. Nașterea s-a complicat cu RPPA la 53,3% (n=16), dintre care la 26,6% (n=8) perioada alichidiană a constituit de la 2-5 zile, iar la 6,6% (n=2)- mai mult de 9 zile, fapt care a favorizat asocierea semnelor clinice și paraclinice de infecție intrauterină la 23,3% (n=7).

La internare în 30% cazuri (n=9) a fost atestată patologie ginecologică ca: colpitate, vaginite (având gr.II-III de puritate al frotiului vaginal), infecții ca micoplasma, ureaplasma, portaj de herpes și citomegalovirus.

Conform datelor USG au fost confirmate în 23,3% de cazuri insuficiența fetoplacentară cronică și schimbări la nivelul zonei placentare tip zone de infarct.

Din numărul total de nașteri premature, 66,6% (n=20) au fost finalizate prin naștere spontană, 10% (n=3) ca naștere indusă cu misoprostol, iar 23,3% (n=7) au avut indicație pentru operație cezariană urgentă (dintre care n=4 au fost cu preeclampsie severă).

În cadrul acestei categorii, toți copiii au fost internați în secția de reanimare nou-născuți, însă cu toate măsurile de întreținere la 36,6% a fost înregistrată moartea neonatală precoce, restul copiilor fiind transferați la etapa a doua cu diferite suferințe fetale ca-anomalii congenitale (10%, n=3), pneumonie congenitală (26,6%, n=8), sepsis neonatal precoce (10%, n=3), hemoragie intraventriculară (3,3%, n=1).

**Analizând II lot de studiu** am determinat vârsta medie a femeilor de 27,9 ani, masa medie a nou-născuților fiind de 1575 g. În acest grup 18,8% (n=15) au fost sarcini gemelare, iar 7,5% (n=6) au beneficiat de procedura IVF.

Cercetînd factorii etiopatogenetici, am determinat că grupul dat a înscris o anamneză ginecologică și obstetricală mult mai vastă din acest punct de vedere. Astfel, s-a mărit rata femeilor cu anamneză de avorturi medicale- 22,5% (n=18) și se mențin cele cu avorturi spontane- 12,5% (n=10). Din numărul total de femei doar la 6,3% (n=5) au fost nașteri premature în anamneză, iar 7,5% (n=6) din gravide au fost multipare. Se mai demonstrează încă o dată iminența de naștere prematură pe parcursul sarcinii (înregistrată la 28,8%, n=23) ca un factor de risc pentru o naștere prematură. Totodată sarcina a fost instalată pe un fondal de sterilitate secundară la 3,8% (n=3) cazuri.

Conform datelor USG s-au determinat semne de insuficiență fetoplacentară la 8,8% (n=7), insuficiență circulatorie de gradul II-III la 8,8% (n=7), oligoamnios la 15% (n=12). RPPA a precedat declanșarea nașterii premature în 38,8% (n=31), fiind asociată la 17,5% (n=14) cu semne de colpitate, vaginită.

În cadrul acestui lot, 48,8% (n=39) au fost nașteri declanșate spontan (din ele 28,2%, n=11 sunt asistate în prezentație pelvină), 7,5% (n=6)- induse, 25% (n=20) au fost finisate prin cezariană de urgență, iar 18,7 (n=15)- cezariană plană.

Copiii au prezentat: 26,3% (n=21) pneumonii congenitale și 3,8% (n=3) anomalii de dezvoltare.

**Analizând III lot de studiu** am obținut următoarele rezultate:

-vârsta medie a femeilor de 26,5 ani

-masa medie a nou-născuților de 2157,3 g.

Din nașterile premature incluse în grupul dat- 16,25% (n=13), iar 7,5% (n=6) a revenit procedurii IVF. Studiind datele anamnestice s-a evidențiat o frecvență de 20% (n=16) de avorturi medicale (dintre care 12,5%, n=2 au avut mai mult de 5 a/m anamnestice), și o rată de 11,3%

(n=9) de avorturi spontane, ca o consecință putem atribui sterilitatea secundară înregistrată la 8,8% (n=7). Rămîne crescută iminența de naștere prematură (23,8%, n=19) ca factor de risc. În cadrul acestui grup a fost relevată o frecvență mult mai mare de nașteri premature în anamneză, care a constituit 13,8% (n=11). Am stabilit în 12,5% cazuri semne de infecție intrauterină, colpitate, vaginite, condilomatoză, micoplasma, ureaplasma, portaj cu chlamidia și citomegalovirus.

În acest context este demonstrativă RPPA cu o rată de 31,3% (n=25) ca factor de risc infecțios, în special cazurile în care am înregistrat o perioadă alichidiană mai mult de 5 zile (10%, n=8).

Conform datelor USG am stabilit semne de insuficiență fetoplacentară la 8,8% (n=7) și insuficiență circulatorie la 7,5% (n=6).

61,25% (n=44)- nașteri spontane, din ele 13,6%, n=6- în prezentație pelvină

7,5% (n=6)- nașteri induse

18,75% (n=12)- nașteri asistate prin operație cezariană urgentă

12,5% (n=10)- prin operație cezariană planică.

În cadrul lotului dat a scăzut rata semnelor de suferință fetală, majoritatea nou-născuților fiind transferați direct la domiciliu. Totuși am înregistrat o rată de 10% (n=8) a pneumoniilor congenitale și de 2,5% (n=2) a ischemiei cerebrale.

#### **Analiza integrală a studiului:**

**Factori de risc materni** asociați nașterii premature:

- anamneza obstetricală a mamei- *avorturile spontane* (15,8%,n=30), *avorturi medicale* (20%,n=38) care au presupus manipulații intrauterine cu dereglarea ulterioară a condițiilor anatomice ale uterului; *nașteri premature anterioare* (10%,n=19), *iminența de naștere prematură* pe parcursul actualei sarcini (26,3%,n=50)

- patologia genitală maternă- *infecții nespecifice* (colpitate, frotiu cu gr.III-IV de puritate la 17,4%,n=33), *infecții specifice* (lues și HIV/SIDA a câte 3,2%,n=6), *sterilitate secundară* (5,3%,n=10), *anomalii de dezvoltare a uterului* (2,1%,n=4), *miom uterin* (2,1%,n=4), *insuficiența istmico-cervicală* (1,8%,n=3), *infantilism general* (1%,n=2).

- patologia extragenitală maternă- cu o predominare asupra celei genitale de 25,3% (n=38), dintre care *pielonefrita cronică* în remisie-14,7%(n=28), *diabet zaharat*-5,9% (n=11), *obezitate gr.II-III*- 4,7% (n=9).

**Factorii de risc fetali**- factori determinanți în apariția nașterii premature:

- *sarcina gemelară*- cu o rată de 16,3% (n=31) demonstrează mecanismul supradistensiei uterine ca factor de risc,

- *RPPA*- cu o frecvență de 37,9% (n= 72) ca factor ce antrenează ulterior asocierea semnelor de *infecție intrauterină* în 12,1% (n=23) de cazuri,

- *patologia placentară* determinată USG, tip edem, pietrificate și zone de infarct a fost detectată în 6,3% (n=12) cazuri,

- *patologia cantitativă de lichid amniotic* înclină balanța spre oligoamnios în 11,6% (n=22) de cazuri,

- *retardul de dezvoltare intrauterină*- 25,3% (n=48),

- *anomalii de dezvoltare la făt*- doar la 3,7% (n=7).

**Factorii maternofetali**- insuficiența fetoplacentară 11%,n=21 și insuficiența circulatorie de 7,9%,n=15).

#### **Concluzii**

1. Pe parcursul anului 2010 nașterile premature în cadrul IMSP ICȘDOSM și C au constituit 10,2% (n=549), ceea ce corespunde cu datele OMS despre frecvență.

2. Studiul a depistat un risc matern al nașterilor premature în lotul total de studiu de 85,8% (n=163), dintre care rolul dominant se atribuie avorturilor spontane și medicale anamnestiche (35,8%,n=68), nașterilor premature anterioare (10%,n=19) și infecțiilor genitale nespecifice (17,4%,n=33).

3. În toate cazurile cercetate a fost evaluat cel puțin unul din factorii de risc fetalii adiționali, dar determinanți în acest sens au fost: RPPA (37,9%,n=72), retardul de dezvoltare intrauterină (25,3%,n=48) și sarcina gemelară (16,3%,n=31).

4. Rata factorilor etiopatogenetici maternofetali relevă mecanismul adițional prin care aceștia influențează naștere prematură (insuficiența fetoplacentară 11%,n=21 și insuficiența circulatorie de 7,9%,n=15).

5. În toate cazurile conduita de naștere a presupus în primul rând profilaxia SDR, iar nașterea a fost finalizată pe cale naturală în 62,1% (n=118) cazuri, restul revenind operației cezariene urgente sau planice conform indicațiilor obstetricale.

6. În urma analizei statistice am determinat ca la termenul gestațional de 22-27 săptămâni, MNP înregistrează o rată destul de impunătoare (36,6%,n=11). Rezultatele evaluării stării nou născuților prematuri au pus în evidență așa patologii ca: bronho/pneumonii congenitale uni/bilaterale (19,5%,n=37), hiperbilirubinemie și perioada icterică prelungită (20%,n=38), anomalii fetale tip spina bifida și sindrom Down (3,7%,n=7), sepsis neonatal precoce (2,1%,n=4), ischemie cerebrală (1,6%,n=3), hemoragie intracerebrală (1%,n=2).

Astfel, profilaxia nașterii premature reprezintă în primul rând profilaxia factorilor de risc menționați, iar reușita unui copil sănătos depinde în mare parte de termenul de gestație și o conduită adecvată a nașterii.

### **Bibliografie**

1. Gheorghe Paladi, Olga Cernetchi „Obstetrică patologică”, vol. II, Chișinău 2007, pag. 177-190.
2. Virgil Ancăr, Crângu Ionescu „Obstetrică”, Editura Național 2008, pag. 233-240.
3. Steven G. Gabel, Jennifer R. Niebye, Joe Leigh Simpson „Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies.”, Churchill Livingstone 2007, pag. 453-484.
4. Petrache Vârtej „Obstetrică patologică”, Editura ALL 1997, pag. 589-619.

## **ANALIZA RETROSPECTIVĂ A CAZURILOR DE ENDOMETRITĂ POSTPARTUM**

**Sabina Popovici, Iulia Dobrioglo, Victor Ciobanu**

(Conducător științific – Victor Ciobanu, dr., conferențiar universitar)

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***A retrospective analysis of cases with postpartum endometritis***

Endometritis still remains one of the leading causes of maternal morbidity and mortality, holding her place among the pathologies which influence directly the fetomaternal parameters. In the present study were analyzed 206 cases of postpartum endometritis in the Municipal Hospital No. 1 in 2010. The results of our study found that endometritis is more frequently encountered in young primiparous women after physiological births. A higher rate of infection had shown *Enterococcus hemolyticus* and *E. coli*, the second place was taken by *Klebsiella pneumoniae*, *Corinebacter*, *Str. aureus* and *St. Hemolyticus epidermidis* with a higher sensitivity to Ciprofloxacin, Moxifloxacin, Triaxon, Iimipenem, Gentamicin, Chloramphenicol and Ofloxacin. The prognosis is favorable for those patients with endometritis which were submitted to etiopathogenic targeted treatment.

### **Rezumat**

Endometrita rămâne a fi una din cauzele principale ale morbidității și mortalității materne, aceasta deținând locul de frunte printre patologii ce influențiază direct indicii fetomaternali. În cadrul prezentului studiu au fost analizate 206 cazuri de endometrită postpartum, la pacientele spitalizate în Spitalul Clinic Municipal Nr 1, pe parcursul anului 2010. În rezultatul studiului s-a constatat faptul că endometrita se întâlnește mai frecvent după nașteri fiziologice la