

8. Oakley I, Warnes Celia II, Carole A. Heart diseases in pregnancy. DNLM: ISBN: 978-1-4051-3488-0. 2007.
9. The Criteria Communittee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of the Heart and great Vessels. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994: 253-256.
10. Акушерство // Под ред. Г. М. Савельева. – Медицина. Москва, 2000, 816 с.
11. Ванина Л.В. Беременность и сердечно-сосудистая патология. Москва, Медицина, 1991, 223 с.
12. Зятякин Е.П. Врожденные и приобретенные пороки сердца у беременных. Москва,Триада-Х, 2004, 294с.
13. Кулаков В.П., Прошина И.В. Экстренное родоразрешение. – Н. Новгород, 1996.
14. Манухин И.Б. Оперированное сердце и беременность // Акуш. и гин. -1997. - № 5. – С. 43 – 50.
15. Павлова СС. Анестезиологические пособия в родах у больных с пороками сердца. //Беременность и и сердечно-сосудистая патология (под ред. Л.В. Ваниной). Москва,1986:33-34.
16. Палади Г., Илиади-Тулбуре К., Табуйка У. Задержка внутриутробного развития плода: диагностика и оптимальный метод родоразрешения. // Акушю и гин. -2011, №5. - С. 45-48.
17. Репина М.А., Кузьмина-Крутецкая С.Р. Приобретенные пороки сердца и беременность (в помощь практическому врачу) //Журнал акушерства и женских болезней. – 2008.- Том LVII, № 1. – С . 100 – 108
18. Серов В.П. Современное акушерство и кесарево сечение // www.medlinks.ru.
- Стрижаков А. Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. Москва, Медицина, 1998. - 304 с.
- 20.Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Москва, Триада-Х, 2007. – 816 с.

PRONOSTICUL ŞI DIAGNOSTICUL PRECOCE AL INSUFICIENŢEI PLACENTARE LA GRAVIDE CU VALVULOPATIE MITRALĂ REUMATISMALĂ

Ecaterina Babencu-Stepan, Lilia Sinişin , Anatolie Serbenco

Catedra Obstetrică şi Ginecologie, FECMF, USMF „Nicolae Testemiţanu”,
Institutul de Cercetări Ştiinţifice în domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului

Summary

The forecast development of placental insufficiency of patients with rheumatic mitral valvulopathy

The morphological investigations of placentas of patients with rheumatic mitral valvulopathy detected tissue damage, that characterize placental insufficiency and were statistically evaluated, including the use of clinical parameters such as ultrasound thickness of the placenta and newborn weight. The clusterian analysis of k-means determined that the clues : circulatory problems and maturation discronism can be considered placental markers with an important role in development pregnancy prognosis. Regresional and correlational statistical analysis determined that in the IC gr. I, as placental circulatory disturbances are more pronounced the more pronounced is the discronismal maturation ($r = 0.55$), which are dependent on placental thickness ($r = 0.54$) and newborn weight ($r = 0.75$). As the circulatory disturbances are more advanced,as the weight of the newborn is less ($r = -0.52$). With the progression of maternal IC these dependencies are selectively stored , except for negative dependence of

thickness of the placenta and newborn weight ($r = -0.47$), which is explained by blood stasis, the last having negative impact on intrauterine development of the fetus.

Rezumat

Cercetările morfopatologice ale placentelor de la pacientele cu valvulopatii mitrale reumatismale au detectat leziuni tisulare, ce caracterizează insuficiența placentară și care au fost evaluate statistic, inclusiv cu utilizarea unor parametri clinici așa ca grosimea ultrasonografică a placentei și greutatea nou-născutului. Analiza clusteriană pe k-medii a stabilit că indicii *tulburări circulatorii și discronism de maturizare* pot fi considerați markeri placentari cu rol important în pronosticul evoluției sarcinei. Analiza statistică corelațională și regresională a stabilit că în IC gr. I, cu cât tulburările circulatorii placentare sunt mai pronunțate cu atât este mai pronunțat discronismul de maturizare ($r=0,55$), de care sunt dependente grosimea placentei ($r=0,54$) și greutatea nou-născutului ($r=0,75$). Cu cât tulburările circulatorii sunt mai avansate, cu atât greutatea nou-născutului este mai mică ($r=-0,52$). Cu progresarea IC materne aceste dependente selectiv se păstrează, cu excepția dependenței negative dintre grosimea placentei și greutatea nou-născutului ($r=-0,47$), fapt explicat prin staza sangvină, ultima având impact negativ asupra dezvoltării intrauterine a fătului.

Actualitate

Conceptul de insuficiență placentară a apărut în obstetrica modernă începând cu anul 1973, datorită Primului Simpozion Internațional pe această temă [12]. Frecvența insuficienței placentare este destul de mare și constituie 3-4% la femeile sănătoase cu sarcini necomplicate, iar la gravide cu diferite patologii acest indicator variază de la 24% la 46% [12].

Rezultatele studiilor contemporane sugerează că condițiile adverse obstetricale sunt asociate cu restricție de creștere placentară sau cu hipertrofie placentară, dar nu cu ambele consecutiv. Aceasta confirmă faptul că placenta are răspunsuri specifice compensatorii pentru condițiile adverse materne obstetrice, fiecare cu un mecanism fiziopatologic distinct [2].

Pronosticul, diagnosticul precoce și tratamentul, inclusiv la gravide cu valvulopatie mitrală reumatismală, este o problemă importantă a obstetricii, neonatologiei și perinatologiei moderne. Structura și funcția placentei determină direcția de creștere a fătului. Mai multe studii arată că creșterea placentară anormală este asociată cu sarcini adverse. Soluționarea insuficienței placentare ar permite reducerea morbidității și mortalității perinatale și a pierderilor fetoinfantile [7, 11].

Dereglările hemodinamicii centrale la mama cu valvulopatie mitrală reumatismală influențează negativ hemodinamica circulației utero-placentare și fetoplacentare [10] cu dereglarea mecanismelor compensator-adaptive la nivel molecular, celular și tisular [6]. În rezultat, se dereglează funcțiile de transport, trofică, endocrină, metabolică și antitoxică ale placentei, modificări care duc la pierderea capacității de menținere și schimb adecvat între mamă și făt și stau la baza patologiei fătului și nou-născutului: hipoxie intrauterină, retard de dezvoltare intrauterină a fătului, naștere prematură, greutate mică la naștere, creșterea morbidității și mortalității perinatale, tulburări în dezvoltarea post-natală a copiilor [6, 8, 9].

Complicațiile fetale și/sau neonatale sunt determinate în circa 20-30% din sarcini, iar riscul evenimentelor materne și fetale sunt puternic asociate cu severitatea valvulopatiei și clasa funcțională NYHA de până la sarcină [8, 9]. Rata de mortalitate fetală/neonatală reprezintă 2%, rata de naștere prematură - 10%, hipertensiunea indusă de sarcină - 4% [9].

Valvulopatia mitrală reumatismală este o afecțiune frecventă la femeile în perioada de vârstă fertilă, în pofida scăderii globale a incidenței valvulopatiilor dobândite în Europa și America de Nord, obținerii unor succese importante în tactica de conduită și tratament a sarcinii și nașterii la astfel de pacientele [10]. Există puține publicații în literatura de specialitate disponibilă care estimează modificarea indicatorilor circulației utero-placentare și fetoinfantile

placentare, circulației cerebrale fetale și severității modificărilor morfologice ale țesutului placentar în funcție de severitatea valvulopatiei mitrale reumatismale, perioadei de gestație și complicațiilor sarcinii. Este importantă și elaborarea criteriilor de pronostic, diagnostic precoce și metodelor de corecție a tulburărilor placentare la gravidele cu valvulopatie mitrală reumatismală.

Așadar, în scopul prognozării insuficienței placentare și depistării precoce prenatale a tulburărilor în sistemul mamă-placentă-făt la gravide este necesar de estimat: 1) modificările structurii și calității maturității placentei, 2) indicatorii biometrici și organometrici, 3) agravarea circulațiilor utero-placentară, feto-placentară și cerebrală fetală prin examenul Doppler, 4) concentrația hormonilor steroizi, lactogenului placentar și α -fetoproteinei - markeri ai dezvoltării insuficienței placentare la femeile gravide cu VMR, 5) dereglările de maturare a vilozităților coriale și starea reacțiilor compensator-adaptive, studiate prin examen histopatologic.

Scopul studiului constă în evaluarea modificărilor morfopatologice ale placentelor din sarcinile femeilor cu insuficiență cardiacă și aprecierea impactului acestora asupra funcției placentare.

Material și metode

În studiu au fost incluse 23 de gravide, inclusiv 9 femei cu valvulopatie mitrală reumatismală și insuficiență cardiacă NYHA I și 14 femei cu valvulopatie mitrală reumatismală și insuficiență cardiacă NYHA II.

În scopul stabilirii diagnosticului, gravidele au fost evaluate detaliat clinic, paraclinic și ecocardiografic. Toate femeile s-au aflat la evidență în timpul sarcinii la medicul de familie, au fost consultate la medicii specialiști (stomatolog, oculist, otorinolaringolog, reumatolog, obstetrician-ginecolog) și marea majoritate de 1-3 ori pe parcursul sarcinii au fost investigate și tratate în secția specializată de patologii cardiovasculare a Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.

În studiu nu au fost incluse fenomenele compensatorii, deoarece însoțesc diverse procese patologice ce evoluează în placentă, și nașterile premature pentru a obține o similitudine majoră între loturi.

Obiect de studiu a servit placenta. Studiul morfo-funcțional al placentei s-a realizat în primele 24 de ore de la naștere. Examenul macroscopic a inclus evaluarea formei, organometria (lungime, lățime, grosime, greutate) fără membrane și cordon ombilical, prezența lobilor accesorii. Au fost studiate inserția cordonului ombilical, torsiunea, nodulii, pseudonodulii, numărul de vase și leziunile focale ale parenchimului discului (infarcte, trombi intervilari, hematom retroplacentar).

Mostrele pentru examenul histologic al placentei au fost prelevate din toate zonele patologice, sectoarele de limită cu zonele normale, zonele centrală și paracentrală ale discului placentei, cordonul ombilical și membrane. Am utilizat metode uzuale de colorare (hematoxilină și eozină, picrofuxină van Gieson).

Procesarea datelor primare a fost efectuată cu programul SPSS 20.0 prin procedee statistice descriptive și inferențiale. Am utilizat metoda χ^2 cu corecția lui Yates sau metoda exactă a lui Fisher pentru compararea variabilelor discrete, analiza de varianță unifactorială cu aplicarea testelor de analiză post-hoc pentru testarea diferenței dintre valorile medii în loturile de studiu, analiza de corelație pentru a determina relația dintre variabile, puterea și direcția acesteia, regresia logistică pentru a face predicții ale unei variabile în funcție de valoarea altei variabile, demonstrând dependențele și orientarea acestora, dar și ecuația matematică a dependențelor, care are rol predictiv în activitatea practică.

În scopul estimării impactului modificărilor placentare asupra funcției placentare am aplicat analiza clusteriană (metoda k-medii), procedură statistică multidimensională ce implică colectarea datelor și repartiția acestora în grupuri relativ uniforme în baza distanțelor euclidiene, prin metoda Ward și stabilește cei mai relevanți indici pentru diferențierea în clustere. Statistic semnificative au fost acceptate diferențele cu valoarea $p < 0,05$.

Rezultate și discuții

Sarcina la o femeie cu boli cardiovasculare, în general, și cu valvulopatii cardiace reumatismale, în particular, rămâne una dintre cele mai dificile și complexe probleme ale medicinei moderne. Acest obiectiv implică ramuri diverse de cercetare - de la ginecologie și obstetrică la anatomie patologică, imunologie, genetică și cercetări fundamentale.

Caracterul polietologic al insuficienței placentare este confirmat de numărul mare de factori de risc care contribuie la dezvoltarea acesteia: vârsta mamei sub 17 ani și peste 35 de ani, obiceiuri nocive (fumat, consum de alcool, dependență de droguri), condiții sociale și de viață nefavorabile, efecte nocive ale factorilor fizici sau chimici în stadiile incipiente de gestație (riscurile profesionale, de poluare, săruri de metale grele din lotul I - Zn, Pb, Se, Ca), focarele latente de infecție, patologia extragenitală (anemie, pielonefrită cronică, BCV, diabet zaharat etc.), anamneza obstetrical-ginecologică agravată și complicațiile actuale ale sarcinii (preeclampsie, amenințare îndelungată de întrerupere a sarcinii, localizarea anormală a placentei, sarcină multiplă, cicatrice pe uter) [2, 11].

Principalul element patogenic în dezvoltarea insuficienței placentare sunt tulburările hemodinamice și microcirculatorii. Modificările homeostaziei, în rezultatul dereglărilor circulatorii la gravide cu boli cardiovasculare, duc la schimbări în structura și funcția placentei, la insuficiența feto-placentară cronică [1]. În insuficiența placentară doar o parte din arterele din decidua se modifică, fapt care se manifestă clinic prin creșterea rezistenței fluxului de sânge în arterele spiralate și persistența fluxului sangvin anormal în spațiul intervilos [5].

Astfel, importanța pronosticului evoluției sarcinii și dezvoltării intrauterine a fătului este primordială pentru exodul sarcinii, în special la femeile gestante cu insuficiență circulatorie de divers grad. Placenta, fiind responsabilă de menținerea echilibrului în sistemul mamă-placentă-făt, și orice devieri ale acestui echilibru au un rol nefast asupra dezvoltării intrauterine ale fătului.

Studiul morfopatologic al placentelor din sarcini la femei cu insuficiență cardiacă a stabilit un șir de modificări structural-tisulare, care au fost divizate în următoarele grupuri: procese inflamatorii, tulburări circulatorii, discronism de maturizare a corionului vilar și fenomene compensatorii.

Conform rezultatelor analizei clusteriene pe k-medii, tulburările circulatorii și discronismul de maturizare a corionului vilar aveau cea mai bună capacitate de diferențiere a clusterelor. Având în vedere, că această analiză statistică s-a efectuat în baza incidenței diferite a indicatorilor, aceștia pot fi considerați markeri placentari cu rol important în pronosticul evoluției sarcinii.

Ulterior, prin efectuarea analizei statistice corelaționale și regresionale, am comparat tulburările circulatorii și discronismul de maturizare a corionului vilar cu unii indicatori utilizați în evaluarea clinică a evoluției sarcinii, așa ca grosimea placentei la examenul ultrasonografic și greutatea nou-născuților din aceste sarcini.

Analiza corelațională a acestor indicatori în lotul pacientelor cu insuficiență cardiacă NYHA I a stabilit dependențe directe moderate între tulburările circulatorii și discronismul de maturizare a corionului vilar ($r=0,55$), discronismul de maturizare a corionului vilar și grosimea placentei ($r=0,54$), discronismul de maturizare a corionului vilar și greutatea nou-născutului ($r=0,33$). Dependență directă înaltă s-a stabilit între grosimea placentei și greutatea nou-născutului ($r=0,75$), dependență negativă moderată între tulburările circulatorii și greutatea fătului ($r=-0,52$) (tabelul 1).

Tabelul 1

Analiza corelațională a indicatorilor examinați în lotul pacienților
cu insuficiență cardiacă NYHA I

Indici	Tulburări circulatorii	Discronism de maturizare a corionului vilar	Grosimea placentei	Greutatea fătului
Tulburări circulatorii	1,0			
Discronism de maturizare a corionului vilar	0,55	1,0		
Grosimea placentei	-0,20	0,54	1,0	
Greutatea fătului	-0,52	0,33	0,75	1,0

Predictorii au fost introduși într-un model de regresie logistică. Pentru corelația $r=0,55$ a relației tulburări circulatorii și discronism de maturizare a corionului vilar ecuația de regresie era: $y = 0,2857+0,2857*x$, pentru corelația $r=0,54$ a relației discronism de maturizare a corionului vilar și grosimea placentei - $y = 34,5+4,1667*x$, pentru corelația $r=0,33$ a relației discronism de maturizare a corionului vilar și greutatea nou-născutului - $y = 2995,4+425,35*x$, pentru corelația $r=0,75$ a relației grosimea placentei și greutatea nou-născutului - $y = -140,5831+88,0239*x$, pentru corelația $r=-0,52$ a relației tulburări circulatorii și greutatea nou-născutului - $y = 3495-519*x$.

În lotul pacienților cu insuficiență cardiacă NYHA II s-au stabilit dependențe ușoare și moderate directe între tulburările circulatorii și discronismul de maturizare a corionului vilar ($r=0,29$), tulburările circulatorii și grosimea placentei ($r= 0,60$), discronismul de maturizare a corionului vilar și grosimea placentei ($r=0,33$). Dependențe negative s-au determinat între tulburările circulatorii și greutatea nou-născutului ($r=-0,34$), grosimea placentei și greutatea nou-născutului ($r=-0,47$) (tabelul 2).

Tabelul 2

Analiza corelațională a indicatorilor examinați în lotul pacienților
cu insuficiență cardiacă NYHA II

Indici	Tulburări circulatorii	Discronism de maturizare a corionului vilar	Grosimea placentei	Greutatea fătului
Tulburări circulatorii	1,0			
Discronism de maturizare a corionului vilar	0,29	1,0		
Grosimea placentei	0,60	0,33	1,0	
Greutatea nou-născutului	-0,34	-0,13	-0,47	1,0

Pentru corelația $r=0,29$ a relației tulburări circulatorii și discronism de maturizare a corionului vilar ecuația de regresie era: $y=0,2857+0,2857*x$, pentru corelația $r=0,60$ a relației tulburări circulatorii și grosimea placentei - $y = 37,4286+1,7143*x$, pentru corelația $r=0,33$ a relației discronism de maturizare a corionului vilar și grosimea placentei - $y = 37,4286+1,7143*x$, pentru corelația $r=-0,34$ a relației tulburări circulatorii și greutatea nou-născutului ecuația - $y = 3646,7143-214,5714*x$, pentru corelația $r=-0,47$ a relației grosimea placentei și greutatea nou-născutului - $y = 3646,7143-214,5714*x$.

Barbosa P. și coautorii [3], de asemenea, au constatat asociere puternică a riscului evenimentelor materne și fetale în funcție de severitatea stenozei mitrale și clasa funcțională NYHA de până la sarcină. Savanții au raportat factorii de prognostic la 41 de paciente din Brazilia, supravegheate în perioada 1991-1999. Riscul evenimentelor materne, care au inclus

progresarea insuficienței cardiace, necesitatea intervenției chirurgicale cardiace sau a valvuloplastiei mitrale cu balon, decesul și tromboembolismul, a fost puternic asociat cu severitatea stenozei mitrale și clasa funcțională NYHA precedente sarcinii. Greutatea mică la naștere (<2500 g) (29,4%) și naștere prematură (23,8%) au fost cele mai frecvente complicații fetale/neonatale. Clasa funcțională NYHA nu a fost semnificativ statistic asociată cu evenimentele fetale/neonatale (avort, deces fetal sau neonatal, prematuritate, greutate redusă la naștere). Acest fapt este, parțial, explicat de autori prin procentul ridicat de nașteri premature și greutate mică la naștere, chiar și printre gravidele cu stenoză mitrală mai puțin severă și dimensiunea relativ mică a eșantionului inclus în studiu [3].

Rolul independent al clasei funcționale NYHA al mamei în dezvoltarea complicațiilor materne și/sau fetale a fost confirmată de Bhatla N. și coautorii [4], care au raportat rezultatele unui studiu retrospectiv a 207 sarcini la femei cu afecțiuni cardiace care au născut peste 28 de săptămâni. Stenoză mitrală prezentau 71 (34,3%) paciente [4].

Așadar, conform rezultatelor analizei statistice corelaționale și regresionale, cu cât tulburările circulatorii sunt mai pronunțate, cu atât este mai pronunțat discronismul de maturizare a corionului vilar ($r=0,55$), de care depind grosimea placentei ($r=0,54$) și greutatea nou-născutului ($r=0,75$). Concomitent cu progresarea insuficienței cardiace materne scade greutatea nou-născutului ($r=-0,52$). Cu cât grosimea placentei este mai mare, cu atât suferința fătului este mai mare, iar greutatea fătului mai mică ($r=-0,47$). Aceste rezultate sunt explicate prin faptul, că insuficiența cardiacă de grad avansat determină evoluția tulburărilor circulatorii în placentă, soldate cu stază sangvină și impact negativ asupra dezvoltării intrauterine a fătului.

Rezultatele prezentate și ipotezele propuse reprezintă o bază pentru dezvoltarea investigațiilor prospective, pentru o mai bună percepere a factorilor de pronostic pentru o gravidă cu stenoză mitrală.

Concluzii

1. Pronosticul evoluției sarcinii și dezvoltării intrauterine a fătului din sarcini evaluate pe fondal de insuficiență cardiacă, cauzată de valvulopatie mitrală reumatismală, se poate stabili prin monitorizarea tulburărilor circulatorii și discronismului de maturizare a corionului vilar - markeri ai dezvoltării insuficienței feto-placentare.

2. Greutatea redusă a nou-născutului din sarcini la paciente cu insuficiență cardiacă, determinată de valvulopatie mitrală reumatismală, este indusă de staza sangvină, ca rezultat al tulburărilor circulatorii, soldată cu creșterea grosimii placentare ultrasonografic concomitent cu sporirea gradului de insuficiență cardiacă, care poate servi drept indice al suferinței intrauterine a fătului.

Bibliografie

1. ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease). *Circulation*. 2006, vol. 114, no. 5, e84-e231.
2. Baptiste-Roberts K., Salafia C., Nicholson W. et al. Maternal risk factors for abnormal placental growth: the national collaborative perinatal project. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008, vol. 8, article no. 44.
3. Barbosa P.J., Lopes A.A., Feitosa G.S. et al. Prognostic factors of rheumatic mitral stenosis during pregnancy and puerperium. *Arq. Bras. Cardiol*. 2000, vol. 75, no. 3, p. 215-224.
4. Bhatla N., Lal S., Behera G. et al. Cardiac disease in pregnancy. *Int. J. Gynaecol. Obstet*. 2003, vol. 82, no. 2, p. 153-159.
5. Gladun E., Ștemberg M., Stratulat P. et al. Complexul fetoplacentar (aspecte perinatale). Chișinău: tipografia „Reclam”, 2005, 190 p.

6. Koga T., Athayde N., Trudinger B. The fetal cardiac isovolumetric contraction time in normal pregnancy and in pregnancy with placental vascular disease: the first clinical report using a new ultrasound technique. BJOG. 2001, vol. 108, no. 2, p. 179-185.
7. Salafia C.M. Placental pathology of fetal growth restriction. Clin. Obstet. Gynecol. 1997, vol. 40, no. 4, p. 740-749.
8. Silversides C., Colman J., Sermer M. et al. Cardiac risk in pregnant women with rheumatic mitral stenosis. Am. J. Cardiol. 2003, vol. 91, no. 11, p. 1382-1385.
9. Siu S., Sermer M., Colman J. et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. Circulation. 2001, vol. 104, no. 5, p. 515-521.
10. Stout K.K., Otto C.M. Pregnancy in women with valvular heart disease. Heart. 2007, vol. 93, no. 5, p. 552-558.
11. Vedmedovska N., Rezeberga D., Teibe U. et al. Placental pathology in fetal growth restriction. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2011, vol. 155, no. 1, p. 36-40.
12. Майоров М. Фетоплацентарная недостаточность - актуальные особенности патогенеза, диагностики и терапии. Провизор. 2005, no. 3, статья no. 29. http://www.provisor.com.ua/archive/2005/N3/art_29.php.

SARCINA ȘI MIOMUL UTERIN

Iulia Dobrioglo, Elena Pavlov, Victor Ciobanu.

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Pregnancy and uterine myoma

The uterine myoma occurs in 30-35% of cases among all gynecological diseases and during pregnancy in 0.5 -6.0% of cases. The combination of uterine myoma and pregnancy is a difficult problem. On the one hand, pregnancy and childbirth of women with uterine myoma are taking their normal course, without any complications; on the other hand there was going to be situations that require an early and operative childbirth with subsequent hysterectomy. The outcome of abnormal pregnancy may be the birth of an immature, sick child with abnormalities of physical and / or neuro-psychological development during the following years. Thus, high frequency of combination of the uterine myoma and pregnancy requires an individual treatment in each case.

Rezumat

Dintre toate afecțiunile ginecologice, miomului uterin revin 30-35%, iar în timpul sarcinii se înregistrează cu o frecvență de 0,5–6,0% . Asocierea sarcinii cu miom uterin este o problema complexă. Pe de o parte, sarcina și nașterea la femeile cu miom uterin decurg fără complicații, pe de altă parte, pot apărea situații care necesită rezolvarea sarcinii înainte de termen în mod operativ cu histerectomie ulterioară. Ca consecință a complicațiilor în sarcină sunt nașterea unui copil prematur, a unui copil bolnav cu dereglări ale dezvoltării fizice și/sau neuropsihice ulterioare. Astfel rata înaltă de asociere a sarcinii cu miomul uterin dictează o atitudine individuală a medicului față de fiecare caz în parte.

Actualitatea

La momentul actual – schimbarea societății, urbanizarea, vârsta înaintată a reproducerii contribuie la apariția în timpul sarcinii a patologiei ginecologice și anume - miomul uterin, care din punct de vedere istoric se întâlnește mai des după vârsta reproductivă. Frecvența miomului uterin în timpul sarcinii variază de la 0,3% pînă la 5% [3,5,9,10,13,14,17].