

PARTICULARITĂȚILE NAȘTERII ÎN DEPENDENȚĂ DE STAREA INTRAUTERINĂ A PLACENTEI

Natalia Arnaut, Natalia Corolcova, Alina Ușanli
Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF „N. Testemițanu”

Summary

The peculiarities of birth depending on the intrauterine condition of placenta

Along with advancing pregnancy the placenta undergoes aging. The occurrence of III degree of placental maturation earlier 35-37 weeks of pregnancy is considered premature placental aging - an indicator of placental insufficiency that requires constant and careful monitoring of the fetus. The purpose of our study was to evaluate the peculiarities of evolution of births at term 37-42 weeks depending on the degree of placental maturation. We highlighted the complications that occurred during these births and made a causal link between the placental condition and complications that appeared.

Rezumat

O data cu avansarea sarcinii placenta suferă un proces de îmbătrânire. Apariția gradului III de maturare a placentei mai devreme de 35-37 săptămâni de sarcină este considerat ca fiind îmbătrânire placentară prematură - un indicator de insuficiență placentară, care necesită monitorizare constantă și atentă a fătului. Scopul studiului nostru a fost aprecierea particularităților de evoluție a nașterilor la termenul de 37-42 săptămâni în dependența de gradul de maturizare a placentei. Am scos în evidență complicațiile care au apărut pe parcursul acestor nașteri și am făcut o legătură cauză-efect între starea placentelor și complicațiile survenite.

Actualitatea

În evoluția unei sarcini normale placenta suferă modificări morfologice și enzimatice gradate, indicând maturarea sa treptată [3, 24]. Dacă la începutul sarcinii placenta reprezintă mai mult un organ de elaborare reclamat de procesul de embriogeneză și diferențiere a embrionului, ulterior ea devine un organ în special de transfer care asigură fătului aportul necesar de substanțe nutritive [1,5,12].

La sfârșitul sarcinii se produce așa-numita senescența fiziologică placentară, însoțită de o scădere a suprafeței de schimb, apariția incluziunilor placentare [26].

Apariția gradului III de maturare mai devreme de 35-37 săptămâni de sarcină este, de obicei considerate ca fiind îmbătrânire placentară prematură (patologică) - un indicator de insuficiență placentară, care necesită o monitorizare constantă și atentă a fătului [14, 16]. Senescența patologică nu este altceva decât o îmbătrânire fiziologică apărută prematur sau o îmbătrânire exagerată interesând placenta la termen [5, 8, 12].

Cauzele de senescență prematură a placentei sunt diferite: infecție intrauterină, preeclampsie, eliminări sanguine în primul trimestru de sarcină, tulburări hormonale (cum ar fi diabetul zaharat matern), risc de avort spontan sarcină gemelară și altele [10, 13, 23,2 4].

În cazul depistării senescenței premature a placentei este necesar un tratament complex pentru a îmbunătăți funcția placentară și pentru a preveni hipoxie fetală [7, 15].

Întârzierea maturizării placentare se întâlnește mult mai rar și este caracteristic mai ales pentru malformațiile congenitale ale fătului [14, 19]. Deasemenea factori de risc pot fi prezentați și de diabetul zaharat matern, Rh-conflict, fumatul în timpul sarcinii [15, 17, 25]. La o întârziere de maturare a placentei crește riscul nașterii unui copil mort. Dar criteriile de evaluare a maturității placentare sunt foarte subiective și pot fi diferite la fiecare medic echografist [5, 14, 15, 21, 23].

Scopul studiului a fost aprecierea particularităților de evoluție a nașterilor la termenul de 37-42 săptămâni, în dependență de gradul de maturizare a placentei.

Materiale și metode

Studiul prospectiv a fost efectuat pe un lot de 100 gravide, termenul sarcinii 37-42 săptămâni, care au fost internate și care au născut în IMSP SCM Nr.1 în perioada decembrie 2010 - decembrie 2011. Gravidele au fost divizate în două loturi de studiu în dependență de gradul de maturizare placentară :

lotul I (20 paciente) – placenta cu gradul II de maturizare;

lotul II (80 paciente) – placenta cu gradul III de maturizare.

Un element important în acest studiu a fost aprecierea ecografică a maturității țesutului placentar în loturile de gravide urmărite. Am utilizat pentru aprecierea maturității placentare clasificarea uzuală Grannum.

A fost examinat aspectul feței amniotice (culoarea membranelor, transparența, vasele tugescente sau nu, depozitele fibrinoide, zonele de hemoragie), aspectul feței materne (lobulat, culoare, consistență, prezența calcificărilor, prezența zonelor de hemoragie, prezența hematomelor și infarctelor) și a aspectului cordonului ombilical (inserție centrală/paracentrală etc, lungime, răsucit dreapta/stânga, culoare, număr vase, +/- zone ectaziate, etc.)

Rezultate

Prolongarea sarcinii adesea survine pe un fundal de evoluție patologică a sarcinii, cu anamneză ginecologică și obstetricală complicată, care afectează aparatul receptor al uterului, fapt ce condiționează micșorarea excitabilității și contractilității uterine și diminuează sensibilitatea uterului față de substanțele biologice active și hormoni. Drept urmare, sarcina evoluează posttermen, iar travaliul adesea se complică cu diverse distocii [9,11,12,34].

La repartizarea gravidelor, incluse în studiu, conform termenului sarcinii am obținut următoarea divizare (tabelul 1): gravidele cu termenul sarcinii 38 – 39 săptămâni le-a revenit 21% din cazuri, 39 sp+1 zi – 40 săptămâni în 17% din cazuri, 40 sp+1 zi – 41 săptămâni în 23% din cazuri, 41sp+1zi – 42 săptămâni în 35% din cazuri și cu termenul sarcinii mai mare de 42 săptămâni în 4% din cazuri.

Tabelul 1

Repartizarea pacientelor în funcție de termenul de gestație

	Termenul de gestație					Total
	38-39sp	39+1zi – 40 sp	40+1zi – 41 sp	41+1zi – 42sp	>42sp	
Abs.	21	17	23	35	4	100
%	21	17	23	35	4	100

La toate gestantele incluse în studiu a fost efectuat examenul ultrasonografic anterior nașterii în scopul studierii parametrilor ecografici placentari. Ulterior, a fost studiat aspectul macroscopic a complexelor placentare cu scopul evaluării informativității și veridicității datelor ultrasonografice.

Un alt aspect pe care ni l-am propus să-l studiem, este modalitatea nașterii și incidența operațiilor cezariene.

Rata operațiilor cezariene, în cazul sarcinilor prolongate rămîne o problemă importantă, cauzată mai ales de suferința fetală sau distocia travaliului. În studiul nostru, în lotul I - nașterea s-a finalizat pe cale vaginală în 12 cazuri, ceea ce constituie 60% din cazuri și în lotul II - în 70 cazuri, ceea ce constituie 87,5% din cazuri.

Prin operație cezariană în lotul I s-au terminat 8 nașteri (40% din cazurile care au prezentat placentă cu gradul II de maturizare), dintre care în 2 cazuri operație cezariană în mod planic (sublotul I „a”), indicație servind vârsta pacientelor mai mare de 30 ani, făt macrosom și prezentaie pelviană, și în 6 cazuri operație cezariană în mod urgent (sublotul I „b”). În cazul placentelor cu gradul III de maturizare – doar 10 sarcini s-au finisat prin Operație Cezariană (12,5% din cazuri), toate fiind operații cezariene în mod urgent.

Modalitatea de declanșare a nașterii a fost determinată de gradul de maturizare a colului uterin. Metodele de declanșare au inclus:

*amniotomia, în cazul prezenței condițiilor pentru efectuarea acesteia (colul uterin

biologic pregătit);

*medicamentos, pentru maturarea colului uterin li s-a administrat preparatul misoprostol (analogul sintetic al PG E1), preparat utilizat în acest scop până în prezent, fiind inclus în Protocolul Național de Îngrijire și Tratament în Obstetrică și Neonatologie. Misoprostolul a fost administrat în doză de 25 µg.

În ambele loturi cele mai multe nașteri s-au declanșat spontan.

Complicațiile cele mai frecvente care pot apărea în cazul sarcinii prelungite, după datele de literatură [3,22], sunt hipoxia intrauterină a fătului și distocia travaliului, cel mai des manifestată prin insuficiența forțelor de contracție atât primară, cât și secundară sau prin insuficiența scremetelor.

În cadrul studiului nostru la fel au prevalat aceste două complicații. În subplotul I „b” hipoxia intrauterină a fătului a fost stabilită la 2 parturiente, ceea ce constituie 33,3% din cazuri și insuficiența forțelor de contracție a fost înregistrată la 3 parturiente, ceea ce constituie 50% din cazuri. În toate aceste cazuri a fost efectuată operație cezariană în mod urgent.

În subplotul II „a” hipoxia intrauterină a fătului a fost stabilită la 18 parturiente, ceea ce constituie 30% din cazuri, la 16 gestante s-a grăbit nașterea fătului prin aplicarea ventuzei obstetricale, și într-un caz aplicarea forcepsului cavitat din cauza eșecului de aplicare a ventuzei obstetricale, iar în 2 cazuri (2,13±0,08%) nașterea s-a terminat în mod urgent prin operație cezariană.

În subplotul II „b” aceasta s-a constatat la 4 parturiente, ceea ce constituie 20% din cazuri, insuficiența forțelor de contracție a fost înregistrată la o parturientă, ceea ce constituie 5% din cazuri. Din acestea finalizarea nașterii prin aplicarea ventuzei obstetricale s-a înregistrat la 3 parturiente, iar operația cezariană în mod urgent la 2 parturiente.

Hipoxia acută a fătului a dus la creșterea numărului de cazuri de aplicare a ventuzei obstetricale.

Rezultatele evaluării macroscopice a placentelor au fost coroborate cu datele obținute în urma evaluării ecografice. Astfel, am constatat că nu în toate cazurile coincid datele ecografice cu cele obținute macroscopic. Aproximativ jumătate din examinările ultrasonografice efectuate n-au constatat incluziuni patologice acestea însă au fost evidențiate la examenul macroscopic postpartum.

Concluzii

1. Majoritatea placentelor la termen prezintă gradul III de maturizare (80%), dintre care 25% cu incluziuni.

2. În cazul placentelor cu gradul II de maturitate au predominat nașterile pe cale vaginală(60%), 10% OC planice și 30% urgente (acestea pe contul placentelor cu incluziuni)

3. Deși în cazul placentelor cu grIII OC urgente au fost mai puține (12,5%), nașterile în 41,5% s-au complicat cu hipoxia acută a fătului și au necesitat aplicare a ventuzei obstetricale.

4. Nu întotdeauna examinarea ultrasonografică poate depista modificările patologice în placentă. Astfel, postpartum au fost constatate incluziuni, neidentificate ecografic, la placentele cu gradul II de maturizare în 7,1% cazuri și în 48,3% la placentele cu gradul III de maturizare după Grannum.

Bibliografie

1. Bakketeig L., Bergsjø P. Post-term pregnancy: magnitude of the problem. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. Effective care in pregnancy and childbirth. *Oxford: Oxford University Press* 2000, p.765-775.
2. Bakketeig L., Bergsjø P. Post-term pregnancy: magnitude of the problem. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. Effective care in pregnancy and childbirth. *Oxford: Oxford University Press* 2000, p.765-775.

3. Baschat AA., Galan HL., Ross MG., Gabbe SG. Intrauterine growth restriction. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2012:chap.31.
4. Bennett K.A., Crane J.M.G., O'Shea P., Lacelle M.D., Hutchens D., Copel J. First trimester ultrasound screening is effective in reducing postterm induction rates: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004, p.1045.
5. Bergsjö P., Gui-dan H., Su-qin Y., Zhi-zeng G., Bakketeig L.S. Comparison of induced versus non-induced labor in post-term pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989,p.68–73.
6. Bergsjö P., Gui-dan H., Su-qin Y., Zhi-zeng G., Bakketeig L.S. Comparison of induced versus non-induced labor in post-term pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989,p.68–73.
7. Boulvain M., Irion O., Marcoux S., Fraser W. Sweeping the membranes to prevent post-term pregnancy and to induce labour: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1999,p.106.
8. Boulvain M., Irion O., Marcoux S., Fraser W. Sweeping the membranes to prevent post-term pregnancy and to induce labour: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1999,p.106.
9. Bricker L., Neilson J.P. Routine Doppler ultrasound in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001,p.453.
10. Catrinici R., Friptu V., Catrinici L., Factorii de risc de dezvoltare a sarcinii prelungate. În: *Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu"*. Ediția XII. Probleme actuale ale sănătății mamei și copilului. Chișinău, 2011, vol.5. 17-21p.
11. Chakravarti S., Goenka B. Conservative policy of induction of labor in uncomplicated postdated pregnancies. XVI FIGO World Congress of Obstetrics and Gynecology; 2000 Sept 3–8; Washington DC, USA (Book 3). 2000,p.62-95.
12. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *Cochrane Library*; Issue 2, 2000, p.254-346.
13. Doherty L, Norwitz ER. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2008 p.156.
14. Doherty L., Norwitz E.R. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2008,p.410-519.
15. Gelisen O., Caliskan E., Dilbaz S., Ozdas E., Dilbaz B., Ozdas E., Haberal A. Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005,p.164.
16. Gülmezoglu A.M., Crowther C.A., Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 4, 2006,p.86
17. Hannah M.E., Hannah W.J., Hellam J., Hewson S., Milner R., Willan and the Canadian Multicenter post-term pregnancy trial group. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. *N Engl J Med* 1992, p.224.
18. James C., George S.S., Guanekar N., Seshadri L. Management of prolonged pregnancy: A randomized trial of induction and antepartum foetal monitoring. *Nat J India* 2001,p.56
19. Mary Hannah M. and the Maternal-Fetal Medicine Committee of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Post-term pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline No. 15, March 1997.
20. Menticoglou S.M., Hall P.H. Routine induction of labour at 41 weeks gestation: nonsensus consensus. *Br J Obstet Gynaecol* 2002,p.91,meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2003,p.78.
21. Neilson J.P. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004,p.182.

22. Olesen A.W., Westergaard J.G., Olesen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978–1993. *Am J Obstet Gynecol.* 2003,p.456.
23. Treger M., Hallak M., Silberstein T., Friger M., Katz M., Mazor M. Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 weeks? *J Matern Fetal Med* 2002,p.156.
24. Tunon K., Eik-Nes S., Grotten P. Fetal outcome in pregnancies defined as postterm according to the LMP estimate, but not according to the ultrasound estimate. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999, p.287.
25. Vorherr H. Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal postmaturity. Evaluation of fetoplacental function; management of the postterm gravida. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Sep 1;123(1):67–103.

FUNCȚIA DE LACTAȚIE DUPĂ NAȘTERILE FIZIOLOGICE ȘI PRIN CEZARIANĂ

Daniela Balagura, Alina Ușanli

Conducător științific – Natalia Corolcova, dr., conf. univ.

Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Function of lactation after physiology birth and the cesarean section

The article describes principles of lactation physiology, morphology and mammary function during pregnancy and lactation, the action of prolactin, oxytocin and thyroid-stimulating hormone in milk secretion and letdown.

Rational nutrition of infants primarily provides natural breast feeding in the first year of life. Exclusive breast milk is ensured that the food is healthy, optimally balanced, which assimilates easily meets all food and energy needs of children from birth until the age of 5-6 months without requiring complementary. Breast Feeding is one of main condition required to ensure the harmonious development of the child - proper maturation of various organs and tissues, the optimum parameters in the physical, psychomotor and intellectual development of children, training of newborn body resistance to infection and other adverse factors.

Rezumat

În articolul se descrie fiziologia lactației, morfologia și funcția glandelor mamare în timpul sarcinii și alăptării, rolul prolactinei, oxitocinei și a hormonului tireotrop la stimularea secreției și excreției laptelui matern.

Alimentația rațională a nou-născuților prevede în primul rând alimentația naturală la sân în decursul primului an de viață. Exclusivitate laptelui matern este asigurată de faptul că este hrana cea mai sănătoasă, optimal balansată, care se asimilează ușor, corespunde tuturor necesităților alimentare și energetice ale copilului de la naștere până la vârstă de 5-6 luni fără a necesita complementare. Alimentația la sân prezintă una din condițiile obligatorii în asigurarea dezvoltării armonioase a copilului – maturizarea corespunzătoare a diferitor organe și țesuturi, a parametrilor optimi în evoluția fizică, psihomotorie și intelectuală a copilului, formarea rezistenței organismului nou-născutului față de infecții și alți factori nefavorabili.

Analiza bibliografică a temei

Alimentația la sân este un proces indispensabil al procesului de reproducere și un factor important în asigurarea evoluției fiziologice a perioadei de lăuzie, a perioadei de adaptare și în formarea unui statut psihosomatic optimal al nou-născutului [В И Кулаков, 2002, Г М. Савельева, 2004, И Е Драгун, 2005, R D Leake, 2002, A S Mcneilly, 2004].