

5. În studiul dat s-a înregistrat un caz (4%) de mortalitate antenatală cauzată de boala hemolitică a fătului, lauzei nu i s-a acordat triere necesară cu anti D-Ig din lipsa acesteea în maternitate.

Este necesară asigurarea maternităților cu anti D-imunoglobulină și administrarea acesteea la femeile Rh(-) negative după avort sau nașterea unui copil cu Rh-pozitiv; trierea femeilor gravide cu Rh(-) și anticorpi la naștere la instituțiile medicale de nivelul III.

### **Abrevieri**

1. SNC - Sistemul Nervos Central
2. RDIU – retard de dezvoltare intrauterină
3. AFP –alfa feto proteina
4. GI – gastro intestinal
5. Sdr.- sindromul
6. USG – ultrasonografie
7. AGU – analiza generală a urinei
8. Pr. – proba
9. IRVA – Infecție respiratorie virală acută
10. TORCH – Toxoplasmă, oreion, chlamidie ,herpes virus tipII

### **Bibliografie**

1. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Perinatal Mortality 2007: United Kingdom. CEMACH: London, 2009, <http://www.cmace.org.uk.getattachment/1d2coebc-d2aa-4131-98ed56bf8269e529/Perinatal-Mortality-2007.aspx>
2. Gardofi J Kady SM, MC Geown P Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. BMJ 2005 331:1113-7
3. Gomez Ponce de Leon R, Wing D, Fiala C Misoprostol forintra uterin fetal death. Int J Gynaecol Obstet 2007; 99 Suppl 2: S190-S193. Nyende L,Towobola OA Mabina MH. Comparison of vaginal and oral misoprostol, for the induction of labour in women with intra-uterine fetal death. East Afr Med J 2004; 81: 179-82.
4. Hughes P, Hopper E, Evens CD, Assessment of guidelinesfor good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. Lancet 2002; 360: 144-8.
5. Late intrauterine Fetal death and stillbirth Royal College of obstetricians and Gynaecologists green-top. Guideline No.55, october 2010.
6. Schott J, Henley A, Kohner N, Pregnancy Loss and the Death of a Baby. Guidelines for professionals.3rd. ed. London: Bosun Press, on behalf of Sands (stillbirth and neonatal death society); 2007.

## **EVOLUTIA SARCINII ÎN CAZUL COPIILOR CU MASA EXTREM DE MICĂ LA NAȘTERE (500-1000 g)**

**Irina Sagaidac, Corina Iliadi-Tulbure**

Catedra Obstetrica si Ginecologie FECMF, USMF “Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Aspects of pregnancy progressionin children with extremely low birthweight (500-1000 g)***

The birth of children with extremely low weight (500-1000 g) is an important issue, with multiple unsolved questions, due to the combination of numerous etiopathogenetic factors and the need to prolong the pregnancy and fetus maturation. The study was conducted on a total of

331 pregnant women, that gave birth to children weighing between 500 – 1000 g. ,including research of some aspects of diagnosis and conduct of children with extremely low birthweight. The complicated pregnancy progress was researched and how perinatal indices were influenced, considering extremely low birthweight.

### **Rezumat**

Copiii cu masa extrem de mică la naștere (MEMN) prezintă o problemă importantă, cu multiple întrebări nesoluționate, din cauza complexității etio-patogenetice și necesității de a prelungi evoluția sarcinii, în scopul maturizării pe cât este posibil a fătului. Studiul a fost efectuat pe un număr de 331 gestante, care au născut copii cu masa între 500-1000 g, în baza investigațiilor clinico-paraclinice necesare. A fost apreciată evoluția complicată a procesului de gestație în situațiile date și influența MEMN asupra indicilor perinatali.

**Actualitate.** Importanță deosebită, în cadrul prematurității, o prezintă problema copiilor cu MEM (500-1000 g), care în ultimii ani au început să fie incluși în statistica oficială de stat [1,4]. Implementarea tehnologiilor noi în domeniul perinatologiei, contribuie la scăderea pierderilor reproductive în acest segment de copii, tratamentul carora trebuie orientat către scăderea letalității și a riscului de invalidizare. Necătând la faptul că această problemă este pusă în discuție pe larg în ultimii ani și în pofida perfecționării metodelor de diagnostic, ea prezintă, în continuare, multiple întrebări nesoluționate și din cauza lipsei, în perioada de gestație, a unei conduite în funcție de factorul etio-patogenetic, ceea ce ar putea permite prelungirea sarcinii, în scopul maturizării pe cât este posibil a fătului [2,5].

**Scopul studiului** a constat în aprecierea factorilor de risc și evoluției sarcinii în cazul copiilor cu MEMN.

**Material si metode.** Studiul a fost efectuat în baza Catedrei Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF “Nicolae Testemițanu”, în cadrul secțiilor IMSP ICȘDOSMșiC. A fost studiată documentația medicală (fișa de examinare obstetricală, a nou-născutului). Pentru a determina factorul de risc care a contribuit la nașterea copiilor cu masa între 500-1000 g, a fost utilizată metoda de anchetă și a interviului. În scopul completării bilanțului clinico-paraclinic, au fost utilizate investigațiile: infecțiile complexului TORCH, bacteriologia eliminărilor din vagin și urină, examenul ecografic, examinarea macro- și microscopică a complexului placentar. Numărul total de 331 gestante a fost cercetat în funcție de: vârsta de gestație (VG) – 22-34 SG, masa fătului la naștere (500-1000 g), gradul de prematuritate (1,2,3,4).

**Rezultate și discuții.** Pe parcursul studiului efectuat, am remarcat nașterea copiilor cu MEMN printre gestantele cu vârsta  $\leq 20$  ani și  $> 32$  ani în  $26,9 \pm 2,4\%$  cazuri. În 162 cazuri ( $48,9 \pm 2,7\%$ ), gestantele au fost primipare, având anamneza obstetricală complicată (AOC) prin avort spontan până la 12 săptămâni de gestație (SG). Numărul multiparelor a constituit 169 cazuri ( $51,0 \pm 2,7\%$ ). În 74 cazuri ( $43,8 \pm 3,8\%$ ), multiparele au avut naștere prematură (NP) în anamneză între 26-34 SG, iar în 29 cazuri ( $39,2 \pm 5,7\%$ ) au născut copii cu MEMN, ceea ce determină prezența factorului repetitiv de survenire a prematurității [3]. Cea mai manifestă maladie care a complicat evoluția sarcinii actuale, cu majorarea incidenței în funcție de gradul prematurității și masei nou-născutului a fost cea cardiovasculară atât congenitală (stenoza și insuficiența valvulelor ca patologie de sinestătătoare, asocierea acestora și survenirea insuficienței cardiace de gradul II-III etc.), cât și dobândită (hipertensiune arterială esențială, viciu cardiac postreumatic etc.), apreciată în 168 cazuri ( $51,0 \pm 2,7\%$ ). În 26 cazuri ( $15,5 \pm 2,8\%$ ) pacientele au suportat intervenții chirurgicale pe cord anterior sarcinii. Patologia renală s-a dezvoltat în 204 cazuri ( $61,6 \pm 3,4\%$ ), maladiile respiratorii au fost determinate în 89 cazuri ( $26,9 \pm 2,4\%$ ), bolile gastro-intestinale – în 109 cazuri ( $32,9 \pm 4,5\%$ ). În 104 cazuri ( $31,4 \pm 2,5\%$ ) a fost diagnosticat sindromul antifosfolipidic, fiind specificată și AOC prin avorturi spontane recurente (32 cazuri –  $30,8 \pm 2,5\%$ ) în situațiile date. Maladiile ginecologice (infertilitate, dereglări de ciclu menstrual, stare după miomectomie sau metroplastie) au fost prezente în 82

cazuri ( $24,8 \pm 2,4\%$ ), incidența acestora fiind mai crescută printre pacientele care au născut copii cu masa între 500-699 g (43 gravide –  $52,4 \pm 5,5\%$ ). Gestantele au suportat avort medical în anamneză în 128 cazuri ( $38,7 \pm 2,7\%$ ), cel mai mare număr de avorturi fiind atestat în cazul nașterii copiilor cu masa între 500-899 g. În 147 cazuri ( $44,4 \pm 2,7\%$ ), AOC a fost complicată prin NP la VG între 26-33 SG. Este important de menționat faptul că în 33 cazuri ( $22,4 \pm 3,4\%$ ), la gestantele cu AOC prin avorturi spontane, habituale, decese perinatale, NP, nașterea copiilor cu masa între 500-1000 g, retard de dezvoltare intrauterină (RDIU) al fătului, nu a fost efectuat un diagnostic și tratament profilactic, ceea ce a generat manifestarea repetată a prematurității.

Prematuritatea și MEMN este asociată cu evoluția patologică a perioadei de gestație, caracterizată printr-un număr mare de acutizări a maladiilor preexistente și asocierea frecventă a complicațiilor sarcinii [1,5]. Hipertensiunea indusă de sarcină (HIS) s-a manifestat în 112 cazuri ( $33,8 \pm 2,6\%$ ), complicându-se cu preeclampsie în 39 cazuri ( $34,8 \pm 4,5\%$ ), necesitând tratament antihipertensiv și anticonvulsivant, sau revizuirea conduitei sarcinii și /sau nașterii. Cea mai înaltă incidență a HIS a fost apreciată în cazul gestantelor care au născut copii cu masa între 700-899 g, ceea ce frecvent a constituit indicație urgentă către finalizare. Sarcina a evoluat în 141 cazuri ( $42,6 \pm 2,7\%$ ) pe fondal de iminență de avort spontan precoce sau tardiv, ceea ce a necesitat diagnostic ecografic repetat cu determinarea lungimii colului uterin (LCU) și tratament de menținere. Sarcina s-a complicat cu iminență de NP, în medie în 106 cazuri ( $32,0 \pm 2,6\%$ ), necesitând diagnostic clinico-paraclinic și decizie asupra conduitei ulterioare. În 12 cazuri pacientele au fost internate direct în sala de naștere, pentru conduita nașterii per vias naturalis (PVN), acestea adresându-se în faza activă a travaliului, anterior nefiind în evidența medicilor de familie și obstetrician. Rezultatele obținute indică prezența vaginozei bacteriene în 78 cazuri ( $23,6 \pm 2,3\%$ ). Prezența infecțiilor complexului TORCH, frecvent în asociere cu patologia urinară și ruperea prematură a membranelor amniotice (RPMA), a fost apreciată în 49 cazuri ( $55,7 \pm 5,2\%$ ), confirmate clinico-paraclinic. În 14 cazuri ( $28,6 \pm 6,4\%$ ) a fost apreciată Ig M pozitivă, iar în 35 cazuri ( $71,4 \pm 6,4\%$ ) – Ig G pozitivă. Aceste infecții au constituit factori etiopatogenetici în special în grupul copiilor cu ponderea între 500-899 g la VG între 22-32 SG.

Managementul sarcinii a fost suplimentat prin examen ecografic pentru aprecierea stării *in utero* al fătului și a complexului placentar. În cazul gestantelor cu AOC, a fost stabilită asocierea patologiei lichidului amniotic: oligoamnios – în 73 cazuri ( $22,1 \pm 2,3\%$ ) și polihidamnios – în 158 cazuri ( $47,7 \pm 2,7\%$ ). A fost abordată o conduită individualizată, în situațiile date, în vederea ameliorării stării gestantei și a fătului, și elecției momentului oportun pentru finalizarea sarcinii, în caz de necesitate. Anomaliile fetale au fost determinate în 42 cazuri, ceea ce a constituit  $12,7 \pm 1,8\%$  (spina bifida, anomalii ale sistemului nervos central, vicii cardiace, boala Down etc.), preponderent între 22-28 SG. A fost determinată o necorespondere a gradului de maturizare a placentei la 26-34 SG, în 31 cazuri ( $9,4 \pm 1,6\%$ ). Au fost apreciate și alte modificări ale complexului placentar: dilatări chistice – 85 cazuri ( $25,7 \pm 2,4\%$ ), dilatări ale vaselor placentare – 68 cazuri ( $20,5 \pm 2,2\%$ ), calcificate – 126 cazuri ( $38,1 \pm 2,7\%$ ) etc. Modificările menționate au fost asociate frecvent cu: HIS, preeclampsie, decolare prematură de placenta normal inserată și nivel înalt de morbiditate perinatală. Placenta praevia a fost determinată în 156 cazuri ( $47,1 \pm 2,7\%$ ), constituind prin hemoragie manifestă, indicație către finalizarea urgentă a sarcinii prin operație cezariană (OC) între 23-34 SG.

Examenul Doppler a fost efectuat preponderent între 26-32 SG. În 144 cazuri ( $62,9 \pm 2,7\%$ ) modificări velocimetrice nu au fost semnalate, iar în 53 cazuri ( $62,4 \pm 5,3\%$ ) a fost observată o modificare nepronunțată a tuturor parametrilor velocimetrice (grupul IA, IB). Modificări pronunțate ai indicilor velocimetrice, cu dereglări în circulația utero-placentară și feto-placentară au fost stabilite în 20 cazuri ( $23,5 \pm 4,6\%$ ), aparținând grupului II. În 12 cazuri ( $14,1 \pm 4,1\%$ ) a fost apreciată suferința fetală cronică (grupul III), condiționată de patologia maternă decompensată, preeclampsie gravă și /sau RDIU al fătului. În situațiile date, velocimetria Doppler pe artera cerebrală medie a fătului cu indicele Arbellie subunitar, fluxul diastolic nul sau inversat, au prezentat indicație urgentă către efectuarea OC între 28-34 SG.

Rezultatele examinării macro- și microscopice a complexului placentar, au stabilit patologii ale complexului placentar ca insuficiență placentară și afecțiuni inflamatorii caracterizate prin: hipoplazie placentară, membranită, corioamnionită, deciduită, viluzită, angiopatie hipertrofico-stenozantă idiopatică a rețelei vasculare a corionului vilar etc.

În cadrul cercetării, am stabilit că gravidele s-au adresat în peste 80% cazuri desinestător, solicitând servicii de spitalizare pentru oferirea unei conduite obstetricale în vederea investigațiilor clinico-paraclinice, modalității de conduită a sarcinii și /sau nașterii și îngrijirilor oferite nou-născuților. Acuzele gestantelor au avut expresie clinică de: iminență de avort spontan, iminență de NP, RPMA, patologie fetală și /sau a anexelor fetale etc. Gestantele au fost spitalizate în medie timp de 7 zile, fiindu-le administrat tratament: tocolitic, profilaxia sindromului de detresă respiratorie (SDR), antibacterian, antimicotic, uroseptic, antihipertensiv, anticonvulsivant etc., în funcție de factorul etio-patogenetic determinat, conform Protocoalelor Instituționale Standard [4,5].

Influența prematurității și MEMN a fost apreciată prin starea nou-născutului și particularitățile de adaptare a acestuia în perioada neonatală. Starea nou-născutului în primele ore post-partum, a fost determinată de influența factorului etio-patogenetic și intensitatea suferinței intrauterine. În 113 cazuri (34,1±2,6%), masa fătului la naștere a constituit 500-699 g; în 140 cazuri (42,3±2,7%) – între 700-899 g; iar 78 gestante (23,6±2,3%) au născut copii cu ponderea între 900-1000 g. Copiii s-au născut PVN în 219 cazuri (66,2±2,6%), OC fiind efectuată în 112 cazuri (33,8±2,6%). Indicațiile pentru OC au fost: decolarea de placentă normal inserată, placenta praevia complicată prin hemoragie, HIS incorigibilă, preeclampsie severă, patologie maternă decompensată etc. În peste 50% cazuri a fost administrată soluția Dexametazona, cu scop de profilaxie a SDR, în doză deplină. De menționat faptul că letalitatea printre copiii cu MEMN rămâne înaltă [1,5]. Nivelul mortalității perinatale a prezentat 45 cazuri, iar mortalitatea neonatală tardivă a survenit în 8 cazuri, cauzele fiind: infecție intrauterină, sepsis, asfixie severă, malformații congenitale, hemoragie intraventriculară, leucomalacie, boala hemolitică, boala membranelor hialine, fetopatie diabetică etc. În toate cazurile copiii au fost îngrijiți în condițiile secției de reanimare și terapie intensivă, necesitând supraveghere și tratament prin utilizarea tehnologiilor medicale contemporane (combaterea deficiențelor în ventilația pulmonară și tulburărilor metabolice, aport caloric, administrarea de surfactant în scop de a reduce morbiditatea neonatală, în special la prematurii de gradele III-IV). Măsurile de resuscitare au fost efectuate copiilor născuți între 26-32 SG, cu masa între 700-1000 g.

### **Concluzii**

Rezultatele studiului au apreciat factorii de risc pentru MEMN (NP și avort spontan în anamneză, infecția TORCH, agravarea maladiilor materne) și complicarea evoluției sarcinii (HIS, preeclampsie, iminență de întrerupere).

A fost stabilită necesitatea efectuării examenului ecografic pentru aprecierea LCU și a stării fătului și complexului placentar.

A fost apreciată influența MEMN asupra indicilor perinatali, aceasta fiind direct proporțională cu gradul de prematuritate, masa la naștere și factorul etio-patogenetic.

### **Bibliografie**

1. Ananth C., Vintzileos A . Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. J Matern Fetal Neonatal Med., 2006, 19, p.773-782.
2. Chatterjee J. și coaut. The management of preterm labour. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed., 2007, 92, p.F88-F93 doi:10.1136/adc.2005.082289.
3. Mazaki-Tovi S. și coaut. Recurrent preterm birth. Semin Perinatol., 2007, 31, p.142-158.
4. Paladi Gh., Cernețchi O. și coaut. Supraviețuirea copiilor născuți cu masa extrem de mică. Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2012, nr.2(54), p.5-10.
5. Paladi Gh., Tabuica U. și coaut. Aspecte practice de conduită a nașterii premature. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Chișinău, 2012 nr.1(33), p.346-349.