

13. Ştemberg M., Gladun E., Friptu V., Corolcova N. Obstetrică practică. Chişinău, 2004, p.227-231.
14. Thibaud S., Lopes P., Simonnet et al. Fibrome et grossesse: Quels sont les risques? J. Gynecol. Obstet.Biol. Reprod. 1999; 28: 772-777.
15. Вихляева Е.М., Палади Г.А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. Кишинев. Штиинца, 1982, 300с.
16. Доронин Г.Л. Особенности клического течения и искусственного прерывания беременности в ранние сроки у больных миомой матки. Харьков, 1985, 161с.
17. Курцер М.А., Лукашина М.В., Тищенко Е.П. Консервативная миомектомия во время кесарева сечения. Москва. Медицина.2007, 12с.

COMPLICAȚIILE SEPTICE PUERPERALE. FACTORI DE RISC

(Reviul literaturii)

Vladimir Iacomi

(Conducător științific – Natalia Corolcova, dr., conf. univ.)
Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Septic puerperal complications.Risk factors (Literature review)

This review will shortly summarize the latest facts about septic complications in the puerperium and mention the impact of the risk factors upon maternal health. The importance of postpartum genital tract flora change, operative delivery quality standard, as well as medical and social factors, is primary for the beginning of the afterbirth complications. Currently, the main aim is the prevention of septic complications in the puerperium, through finding out the factors that contribute to this, including the delivery through caesarean section. On the other hand, the rising number of operative delivery and invasive investigations will lead to high frequency of complications after birth. The level of maternal death reflects the quality of the health care system, women access to appropriate health care, evaluates the risks of pregnancy and birth, women's health and social and economic status, as well as the overall society development.

Rezumat

Articolul reprezintă revista literaturii în care sunt descrise date recente referitor la complicațiile septice puerperale și impactul factorilor de risc asupra sănătății materne. Importanța modificării biocenozei căilor genitale postpartum, a standardului calității rezolvării operatorii a sarcinii cât și a factorilor medico-sociali, este primordială în apariția și evoluția complicațiilor după naștere. Actualmente, se pune accent pe prevenirea complicațiilor septice puerperale, prin elucidarea factorilor predispozanți, precum ar fi rezolvarea operatorie a sarcinii. Pe de altă parte, creșterea numărului de operații cezariene și a investigațiilor invazive, vor duce la sporirea frecvenței complicațiilor după naștere. Nivelul mortalității materne reflectă calitatea sistemului ocrotirii sănătății, accesul femeii la asistența medicală, corespunzătoare necesităților ei, evaluează riscurile sarcinii și nașterii, sănătatea femeii și statutul ei social și economic, precum și dezvoltarea societății în ansamblu.

Introducere

Actualmente obstetrica și ginecologia se confruntă cu diverse probleme una dintre ele fiind afecțiunile septico-purulente din perioada puerperală care sporesc vădit indicele mortalității materne [9,11,22,25,29]. În pofida faptului aplicării pe larg a tehnicilor standard de asepsie în timpul nașterii vaginale sau prin operație cezariană, infecțiile postpartum rămân a fi o sursă însemnată de mortalitate maternă [11,16,25,27,29,35]. Febra puerperală și sepsisul sunt cauze principale ale morbidității și mortalității materne nu doar în țările slab dezvoltate, în curs de

dezvoltare, ci și în cele înalt industrializate [12,19,27,44]. În anul 2010 van Dillen J. și colegii de la Departamentul de Obstetrică și Ginecologie din Reinier de Graaf Gasthuis, Delft, Olanda au publicat estimarea sepsisului puerperal cauzând cel puțin 75000 de decese materne anual, predominant în țările slab dezvoltate. Datele din țările înalt dezvoltate raportau o incidență a morbidității materne datorată sepsisului de 0,1-0,6 la 1000 de nașteri[23]. Se consideră că complicațiile septice după naștere, ocupă locul 2-4 după hemoragii, gestoze și complicații ale travaliului; iar conform Midwifery Institute of Philadelphia University infecția obstetricală constituie peste 12% din mortalitatea maternă [16,39]. Mai mult ca atât, ei relatează despre infecții, fiind a doua cauză majoră a deceselor în SUA [16].

Metodele contemporane de profilaxie și evaluare a factorilor de risc în apariția complicațiilor post-partum nu rezolvă pe deplin problema dată fiindcă acești factori sunt modificabili în timp, drept exemplu fiind modificarea rapidă a spectrului și structurii microflorei tractului reproductiv ca rezultat al efectelor adverse multiple ale antibioticelor și altor medicamente, precum și acțiunii imunosupresoare a lor [3,8,11,15,18,19]. Rădulescu C. și Hidegcuti Gh., 2000, afirmă existența studiilor despre prevalența în secrețiile vaginale la gravide (58%), a bacteriilor cu polirezistență față de antibiotice, asociate cu virusi, candida, proteus vulgaris, etc. [4,49]. De asemenea, s-a stabilit că la a treia zi de lăuzie după nașterea fiziologică cantitatea bacteriilor anaerobe crește de 2 ori, comparativ cu trimestrul III de gestație, astfel se consideră că și nașterea fiziologică este însoțită de expansiunea majorității microorganismelor microflorei vaginale cu excepția lactobacteriilor[20]. Conform Bagratee J.S.,2001, analiza spectrului infecției la lăuzele cu endometrită au demonstrat că raportul florei anaerobe față de cea aerobă este de 10/1; prima fiind foarte virulentă, are un rol decisiv în apariția complicațiilor puerperale[3]. Neville F. Hacker și colaboratorii, 2010 susțin că aproximativ 70% din infecțiile puerperale sunt cauzate de organisme anaerobe, majoritatea din ei fiind coci (Peptostreptococul, Peptococul). Dintre organismele aerobe, E.coli este cel mai comun agent patogen[19,29]. Astfel, pe parcurs a un deceniu evoluția florei anaerobe a ajuns să prevaleze asupra celei aerobe, cât și infecției fungice și virale[5]. În 25-60% cazuri culturile lăuzelor cu endometrită postpartum conțin *Gardenerella vaginalis*[44]. *Bacteroides fragilis* sunt înregistrate în aproape 1/3 din cazuri. Infecțiile cu *Clostridium* sunt rare [19,44].

Analiza datelor cu privire la intervalul de timp de la naștere până la dezvoltarea tabloului clinic de endometrită puerperală a constatat că mai frecvent după naștere per vias naturalis - apare la 9-17 zi pe când după operația cezariană s-a determinat că mai frecvent complicația dată se dezvoltă la a 5-7 zi [2]. De menționat că tabloul clinic al endometritei puerperale atât după nașterea per vias naturalis cât și după operația cezariană decurge cu aceeași simptomatologie. Astfel clinic debutul este cu un frison violent, febră 38-39°C, dureri în regiunea hipogastrică, pulsul accelerat, starea generală alterată, eliminări patologice vaginale- lohiile devin abundente, cenușii, mai apoi purulente, miros fetid în funcție de agentul patogen- în 100% cazuri [3,19,28,44,47]. Frecvența consecințelor grave ale endometritei, la care se referă peritonita, abcesele pelvine, sepsisul, tromboflebita venelor bazinului mic constituie mai puțin de 2% din numărul total de endometrite[7,48]. Dar anume lor le revine o cotă mare a mortalității materne [3,19,26,28,34,44,46]. Forma ștearsă a endometritei merită o atenție deosebită, deoarece infecția se manifestă adesea după externare, simptomatologia ștearsă duce la o diagnosticare tardivă și un tratament neadecvat, început cu întârziere, ceea ce cauzează generalizarea infecției cu formarea unor complicații grave [3,10,19,34,44]. Cele mai caracteristice criterii de diagnostic clinic sunt febră periodică mai sus de 37,5°C de la 48 de ore postpartum,uter dureros și păstos la palpare,lohiile purulente. La ecografie se depistează dereglarea procesului involuției uterului, mărirea și dilatarea cavității uterine, structuri liniare ecopozitive pe pereții uterului în formă de contur șters sau neîntrerupt, ce prezintă în sine depunerea de fibrină, structură neomogenă a miometrului, accentuarea desenului vascular, apariția vaselor brusc dilatate, mai ales în regiunea peretelui posterior al uterului, acumularea de gaz în cavitatea uterului [3,10]. Postoperator mai apar alte semne USG: modificarea locală a structurii miometrului în regiunea suturilor în formă de regiuni de ecogenitate scăzută, deformarea cavității uterului în regiunea cicatricei (nișă) în

dehiscenta suturilor pe uter, lipsa dinamicii pozitive în prezența hematoamelor în proiecția plăgii postoperatorii [10,19,44].

Conform Сидорова И.С. de la ФППО ММА им. И. М. Сеченова, 2006 , infecțiile după naștere apar în 13,3-54,3% din cazuri, iar endometrita puerperală are o incidență mai mare de 40% în structura maladiilor septico-purulente după naștere[39]. Datele despre endometrite după nașteri publicate în România, Satu Mare,1998 de către Barna J. și Dragoș M. relatează o incidență de 2,6-7% [1]. De aici constatăm că pe parcursul unui deceniu, situația privind infecțiile după naștere nu se ameliorează ci din contra a sporit de 5-7 ori în favoarea patologiei, practic în majoritatea statelor în curs de dezvoltare din Europa Centrală și de Est Endometrita puerperală mai des evoluează în forme ușoare cu însănătoșire deplină. Însă, în aproximativ ¼ din cazuri se atestă evoluție agresivă a complicației date, fiind însoțită de sindrom febril septico-rezorbtiv și potențial de generalizare a infecției [1,39,42,43].

Importanța medico-socială a problemei este condiționată nu doar de frecvența înaltă și evoluția gravă a complicațiilor, ci și de faptul că de regulă suferă femeile tinere, a căror fertilitate și bunăstare rămâne afectată [3, 19]. Astfel, rămâne clar că actualmente una dintre rezervele de micșorare a morbidității materne și de sporire a fertilității femeilor atît din grupul de risc cît și a celor cu risc minim sau absent, este în primul rînd perfecționarea măsurilor de profilaxie, și în fine de tratament al complicațiilor puerperale.

Macleod M. și colaboratorii de la Ninewells Hospital and Medical School, University of Dundee, UK,2008, au raportat rezultatele unui studiu prospectiv efectuat în Marea Britanie, conform căror, manevrele invazive precum epiziotomiile au prezentat o rată de infecții de 5,1% în comparație cu 1,4% la pacientele ce nu li s-a aplicat epiziotomia [16]. Infecțiile în urma epiziotomiilor sunt rare dar cu caracter sever [13]. Infecția plăgii de epiziotomie se manifestă prin apariția unei zone eritematoase la nivelul acesteia, urmată de apariția unor puncte de dehiscentă a plăgii, cu supurație localizată, sau de dezunirea completă a plăgii, cu zone necrotice și supurate [10,30,36]. În literatură fiind descrise cazuri de deces [13].

Importanța relativă a factorilor de risc variază de la o regiune la alta de aceea e necesar de a ierarhiza acești factori după puterea de influență asupra organismului femeii. În acest scop El-Mahally AA și colaboratorii de la Health Administration and Planning and Behavioral Sciences Department, Faculty of Medicine, Alexandria University, Egipt, în 2004 au studiat și au publicat date privind factorii de risc în cadrul sepsisului puerperal. Analiza efectuată a ierarhizat factorii în următoarea ordine: statut socio-economic foarte redus, nașterea și lăuzia în instituție medico-sanitară de stat, examinări vaginale frecvente, anemia pe perioada de puerperium, toaleta vaginală neigienică în puerperium, utilizarea scutecelor neigienice imediat după naștere[14].

Printre multiplii factori de risc ce determină complicațiile după naștere, fiecare cu un potențial aparte de influență asupra perioadei de lăuzie, rezolvarea operatorie a sarcinii este cea mai comună procedură chirurgicală efectuată de obstetricieni [3,15,21,33,38,40,42]. Un rol important în evitarea apariției complicațiilor după naștere îi revine rezolvării optime a sarcinii [25,37]. Urmînd a fi rezolvată sarcina per vias naturalis, aproape 6-7% din femei prezintă morbiditate febrilă definită ca febră peste 38C ce se menține mai mult de 2 zile, pe parcursul primelor 10 zile a perioadei de lăuzie [14]. În cazul devierii de la normă a parametrilor obstetricali, la etapa actuală cea mai răspîndită este metoda operatorie de rezolvare a sarcinii. Стрижаков А. în articolul „Новый взгляд на проблему кесарева сечения”,2012, afirmă că sporirea frecvenței rezolvării sarcinii prin cezariană este legată în primul rînd de tendința asigurării maternității și copilăriei sănătoase. Cea mai înaltă rată a patologiilor și deceselor materne, se datorează numărului sporit de gravide ce fac parte din grupul de risc înalt[40]. Morbiditatea infecțioasă după operația cezariană poate avea un impact major asupra recuperării femeii pentru a avea grijă de copilul său[15,45]. Conform datelor raportate la XII Всероссийский научный форум Мать и дитя, Москва, 2011, de către Горин В.С. și alți colaboratori, frecvența operațiilor cezariene ajunge pînă la 10,2-27,8% [26]. Conform datelor OMS (2010) frecvența cezarienelor în 69 de țări ale lumii a trecut peste limita de sus optimală a efectuării intervenției (15%), care a fost recomandată de OMS în 1985[32]. În timpul de față în

unele instituții medicale acest tip de rezolvare a sarcinii devine unul de rutină, efectuat practic la fiecare a doua femeie. De fapt, creșterea frecvenței cezarienelor nu duce la o evoluție postnatală favorabilă. În Federația Rusă creșterea frecvenței cezarienelor s-a estimat de la 7% în 1995 pînă la 21% în 2010 [32]. Парамонова Т.К. de la ФБГОУ ВПО “МГУ им. Н.П. Огарева” din Саранск, în 2012 a publicat date despre metroendometrita post cezariană atingînd valori de 96,2% din toate complicațiile septice, ceea ce prezintă de 2,4 ori mai mult decît în datele anterioare din 2006 (40%) [41]. Factorii intraoperatori ce sunt responsabili de apariția și evoluția patologiei infecțioase sunt: operație cezariană de urgență, greșeli tehnice în timpul operației (extragerea violentă a căpușorului fătului, încălcarea regulilor de suturare a plăgii uterine, hemostaza neadecvată), utilizarea materialului reactogen de sutură (catgut, mătase), hemoragia patologică (mai mult de 1% din masa pacientei), durata mare a operației (mai mult de 1 oră), operație cezariană corporală, prezența placentei pe peretele anterior al uterului, efectuarea operației în condiții de bruscă îngustare a segmentului uterin inferior(aflarea îndelungată a căpușorului la intrarea în bazinul mic, bazinul clinic strîmtat) etc. [3,10,15,17,19,21,24,44,45,46].

Greutatea excesivă înainte de sarcină sau câștigul ponderal excesiv în sarcină se asociază cu o morbiditate materno-fetala crescută. Riscurile materne în timpul sarcinii sunt date de apariția frecventă a preeclampsiei, diabetului gestational și complicațiilor trombo-embolice [6,7]. Nașterea este frecvent distocică, cu un număr crescut de secțiuni cezariene și complicații în post-partum. Toate aceste riscuri necesită o supraveghere atentă a sarcinilor cu obezitate, o metodologie adaptată a examenilor ecografice și mai ales existența unei conduite profilactice cu controlul activ al câștigului ponderal în sarcină, acesta fiind calculat în funcție de indicele de masa corporală de la începutul sarcinii [6,]. În studiul efectuat de către Thomas D Myles, MD , Jason Gooch, MD și Joaquin Santolaya, MD, PhD, publicat în *Obstetrics & Gynecology* ,2002, s-a evaluat obezitatea ca factor de risc independent în morbiditatea infecțioasă la femeile care au născut prin cezariană (fie după indicații vitale sau fără). S-a stabilit un raport procentual de 81,8% în cele fără indicații versus 57,3% la cele cu indicații din care a rezultat că obezitatea este un factor de risc independent pentru morbiditatea infecțioasă postcezariană și endometrită, chiar dacă cezariana este indicată și sunt administrate antibiotice pentru profilaxie [22].

Particularitățile decurgerii sarcinii sunt importante prin riscul apariției complicațiilor infecțioase puerperale, fiind crescut de aproximativ 3 ori în perioade îndelungate , mai mult de 12 ore, de la scurgerea lichidului amniotic [22,44,46]. Dar, în studii microbiologice s-a constatat că deja după 6 ore de la SLA , se atestă infectarea căilor de naștere[31,44]. De aici rata rezultatelor pozitive precoce (6 ore) este practic egală cu cea de o durată mai mare. Rezultă că punctul critic în privința complicațiilor infecțioase se va considera perioada alichidiană mai mare de 6 ore[3,10,44].

În 2012 la XIII Всероссийский научный форум Мать и дитя, Москва, au fost prezentate date de către Парамонова Т.К. și colaboratori de la ФБГОУ ВПО „МГУ им. Н.П. Огарева” din Саранск, privind utilizarea preparatului Derinat, cu proprietatea de activare a imunității celulare și umorale, după operația cezariană. Rezultatele au arătat scurtarea perioadei febrile, contracții uterine optimale, cicatrizare timpurie a peretelui abdominal și reducerea aflării lăuzei și nou-născutului în staționar [38]. Paralel cu cercetătorii ruși, savanții americani Haas DM, Morgan S. și Contreras K. de la Department of Obstetrics and Gynecology, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana, USA, publică în ianuarie 2013 rezultatele studiului cu obiectivul determinării reducerii riscului morbidității infecțioase materne, inclusiv a endometritei și complicației plagii operatorii, prin badijonarea, în prealabil operației cezariene, vaginului cu soluție antiseptică Polividon-iod. Conform rezultatelor, incidența endometritei post-cezariene era de 3,6% comparative cu 7,2% în grupa de control, adică cu 50% mai puține complicații. De asemenea s-a constatat că riscul este redus la 1,4% în caz că membranele au fost rupte deja, comparativ cu 15% în grupa de control [15].

Concluzie

Analizând datele literaturii referitoare la actualitățile ce țin de patologia infecțioasă a lăuzei, cât și despre evaluarea și ierarhizarea factorilor de risc care duc la apariția ei, considerăm drept factor primordial sporirea rezolvării sarcinilor prin metoda operatorie neelectivă. Odată cu modificarea biocenozei căilor de naștere și utilizarea irațională atât a antibioticelor cât și a altor preparate medicamentoase, rata infecțiilor post-partum a crescut vădit. S-a dovedit că obezitatea ar fi un factor de risc independent în cadrul apariției infecției după naștere, însă luat în complex cu alți factori de risc – prezintă un prognostic sever al mortalității materne.

Bibliografie

1. Barna J., Dragoș M., Peritonita post-operatie cezariană în maternitatea Satu Mare, Vol. "Sindromul infecțios în obstetric, consfătuire", Satu Mare, 1998, p 146
2. Ciobanu D., Untilă L., Endometrita puerperală ca problemă majoră în obstetrică, Chișinău, 2006, p. 96
3. Friptu V., Metaxa I., Cernetchi O., Afecțiunile purulento-septice în obstetrică, Chișinău, 2013, p. 65-67
4. Muntean D., Detoxicarea electrochimică locală și imunocorecția în profilaxia și tratamentul endometritei puerperale, Autoreferat al tezei de doctor în medicină, Chișinău 2005, p. 3-4
5. Muntean D., Semnificația infecției virale la lăuzele cu risc sporit pentru endometrită puerperală, Materialele congresului IV al medicilor obstetricieni-ginecologi, neonatologi și pediatri din Republica Moldova, Buletin de perinatologie, 2004, nr.2-3, p. 138.
6. Mureșan D., Butuza C., Particularitățile evoluției sarcinii la gravidele supraponderale și obeze, UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca//Revista Societății de Obstetrică și Ginecologie din România, Nr.2/2010.
7. Păscut D., Păscut M., Ratiu A., Biris M., Cretu O., Riscul embolic al tromboflebitei septice pelvine, Clinica Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Clinic "Dr. Dumitru Popescu" Timisoara, Clinica de Radiologie și Imagistică Medicală, Clinica Chirurgică, Sp. Municipal Timisoara// Revista Societății de Obstetrică și Ginecologie din România, Nr.1/2005.
8. Pîrgaru J., Dr. Raca N., Consideratii clinice și terapeutice în mastitele puerperale, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova// Revista Societății de Obstetrică și Ginecologie din România, Nr.1/2009.
9. Pop R.B., Costin N., Flora vaginală normală, U.M.F. "Iuliu Hațieganu", Obstetrică-Ginecologie II, Cluj-Napoca// Revista Societății de Obstetrică și Ginecologie din România, Nr.4/2005.
10. Stamatian F., Obstetrică și ginecologia Vol.1, Echinoc, 2007, p.146-151.
11. Ștefan P., Mortalitatea maternă în contextul social contemporan, Calitatea vieții, nr. 1-4/2011, p.109-121.
12. Denney JM, Culhane JF., Bacterial vaginosis: a problematic infection from both a perinatal and neonatal perspective, Department of Obstetrics & Gynecology, Division of Maternal-Fetal Medicine, University of Utah, Salt Lake City, UT, USA, 2009//<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19362525>.
13. Donald Venes, M.D., M.S.J., F.A.C.P., ed. 2013. Taber's® Cyclopedic Medical Dictionary - 22nd Ed. Philadelphia, PA. F. A. Davis Company. ISBN-10: 0-8036-2979-6, ISBN-10: 0-8036-2977-X, ISBN-13: 0-8036-2978-8, ISBN-13: 978-0-8036-2977-6 (Thumb Index Version; includes DVD), ISBN-13: 978-0-8036-2978-3 (Non-Indexed Version; includes DVD), ISBN-13: 978-0-8036-2979-0 (Deluxe Version; includes DVD). STAT!Ref Online Electronic Medical Library. <http://online.statref.com/document.aspx?fxid=57&docid=11319>
14. El-Mahally AA, Kharboush IF, Amer NH, Hussein M, Abdel Salam T, Youssef AA., Risk factors of puerperal sepsis in Alexandria, Health Administration and Planning and

- Behavioral Sciences Department, Faculty of Medicine, Alexandria University, J Egypt
Public Health Assoc. 2004;79(3-4):311-31.
<http://www.Ncb.nlm.nih.gov/pubmed?doptcmdl=abstract&term=Risk%20factors%20of%20puerperal%20sepsis%20in%20Alexandria.&cmd=search>
16. Haas DM, Morgan S, Contreras K., Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections, Department of Obstetrics and Gynecology, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana, USA, 2013// <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440819>
 17. Macleod M, Strachan B, Bahl R, Howarth L, Goyder K, Van de Venne M, Murphy DJ., A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery, Division of Maternal and Child Health Sciences, Ninewells Hospital and Medical School, University of Dundee, Dundee, UK//<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=.+A+prospective+cohort+study+of+maternal+and+neonatal+morbidity+in+relation+to+use+of+episiotomy+at+operative+vaginal+delivery>
 18. Maharaj D., Puerperal pyrexia, Department of Obstetrics and Gynecology, Wellington School of Medicine, University of Otago, Wellington, New Zealand// <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17511893>
 19. Mason KL, Aronoff DM., Postpartum group a Streptococcus sepsis and maternal immunology, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI 48109-5680, USA, 2011//<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22023345>
 20. Neville F. Hacker, MD, Joseph C. Gambone, DO, MPH, Calvin J. Hobek, MD, Essentials of Obstetrics and Gynecology 5th edition, Elsevier Saunders, 2010, p.136-138
 21. Singh N, Perfect JR., Immune reconstitution syndrome and exacerbation of infections after pregnancy, Veterans Affairs Medical Center, Infectious Diseases Section, Pittsburgh, PA 15240, USA, 2007// <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17918082>
 22. Tharpe N., Postpregnancy genital tract and wound infections, Midwifery Institute of Philadelphia University, Philadelphia, PA, USA//<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Postpregnancy+genital+tract+and+wound+infections>
 23. Thomas D Myles, MD, Jason Gooch, MD, Joaquin Santolaya, MD, PhD, Obesity as an independent risk factor for infectious morbidity in patients who undergo cesarean delivery, Department of Obstetrics and Gynecology, Texas Tech Health Sciences Center at Amarillo, Amarillo, Texas, USA, Obstetrics & Gynecology Volume 100, Issue 5, Part 1, November 2002, Pages 959–964.
 24. Van Dillen J, Zwart J, Schutte J, van Roosmalen J., Maternal sepsis: epidemiology, etiology and outcome, Department of Obstetrics and Gynaecology, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft, The Netherlands, 2010// <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20375891>
 25. Айламазян Э.К., Акушерство -учебник для медицинских вузов 4-е издание, дополненное, СпецЛит, Санкт-Петербург, 2003, p.362-372.
 26. Воропаева Е.А., Афанасьев С.С., Кудрявцева М.В. и др., Микроэкология и показатели гуморального иммунитета влагалища женщин с неспецифическими воспалительными заболеваниями гениталий//Журн. Микробиол.-2005.-№3.-p.65-69.
 27. Горин В.С., Матвеева И.В., Дрёмова И.В., Попова Ж.Ю., Чернякина О.Ф., Оптимизация лечения гнойно-септических осложнений операции кесарева сечения, г. Новосибирск, Государственный медицинский университет, Клиническая больница № 25, Клинический родильный дом № 2, Центр планирования семьи и репродукции// Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011.
 28. Киприянова И.И., Узлова Т.В., Хакимова Э.Ф., Оригинальная методика профилактики послеродовых гнойно-септических заболеваний, г. Челябинск, ГОУ

- ВПО Клиника ЧелГМА Росздрава// Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011.
29. Кисина В.И., Забиров К.И., Урогенитальные инфекции у женщин. М., 2005, р. 228-276.
 30. Кравченко Е.Н., Баринов С.В., Токарева Е.П., Способ профилактики послеродового эндометрита после кесарева сечения, г. Омск, ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России// Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011.
 31. Кулаков В.И., Клинические рекомендации//Акушерство и гинекология. Вып.2.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006., р. 560.
 32. Лебедева О.П., Самборская Н.И., Ивашова О.Н., Пахомов С.П., Чурносков М.И., Калуцкий П.В., Довгий П.Г., Роль МyD88-зависимого пути передачи сигнала от толл-подобных рецепторов в патогенезе послеродового эндометрита, г. Белгород, Белгородский государственный университет// Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011.
 33. Манухин И. Б., Мынбаев О. А., Кесарево сечение: современное состояние проблемы, г. Москва, ГОУ ВПО МГМСУ и Международная Исследовательская Группа (МИГ)// Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011.
 34. Манухин И.Б., Подтетенев А.Д., Пономарёва Ю.Н., Локтева Т.С., Кокая И.Ю., Ковальчук Н.В., Органосохраняющие операции при несостоятельности швов на матке в акушерском перитоните после кесарева сечения, г. Москва, ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет, Городская клиническая больница № 36// Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011.
 35. 34. Матвеева И.В., Горин В.С., Дрёмова И.В., Попова Ж.Ю., Чернякина О.Ф., Преградиварная подготовка беременных женщин высокого инфекционного риска, г. Новосибирск, Медицинский университет, Клиническая больница № 25, Клинический родильный дом № 2, Центр планирования семьи и репродукции// Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011.
 36. Медяникова И.В., Медико-социальные предикторы акушерских осложнений, г. Омск, Омская государственная медицинская академия// Материалы XIII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2012.
 37. Митков В.Г., Иммуномикробиологические аспекты хронических воспалительных заболеваний женских половых органов: Дис. ...канд. мед.наук. – М., 2004., р. 137
 38. Обоскалова Т.А., Росюк Е.А., Кононова И.Н., Байрамова И.Х., Структура и частота инфекций у беременных, Екатеринбург, ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии// Материалы XIII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2012.
 39. Парамонова Т.К., Радынова С.Б., Тюрина Н.А., Влияние дерината на течение послеоперационного периода у родильниц после операции кесарево сечение, г. Саранск, ФБГОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»// Материалы XIII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2012.
 40. Покусаева В.Н., Никифоровский Н.К., Вахрушина А.С., Патологическая девиация гестационного прироста массы тела как фактор риска акушерских и перинатальных осложнений, г. Смоленск, ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики// Материалы XIII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2012.
 41. Потапова М.В., Мироненко М.Н., Герасюта Т.П., Шерейко Т.А., Факторы риска развития гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения, г. Ростов-на-Дону, БСМП No. 1 им. Семашко// Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011

42. Потапова М.В., Рымашевский А.Н., Мироненко М.Н., Кадетов А.В., Современные возможности прогнозирования послеоперационных гнойно-септических осложнений, г. Ростов-на-Дону, БСМП №1 им. Н.А. Семашко, акушерское отделение; ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России// Материалы XIII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2012.
43. Потапова М.В., Рымашевский А.Н., Мироненко М.Н., Кадетов А.В., Соматический статус пациенток с гнойно-септическими осложнениями после кесарева сечения, г. Ростов-на-Дону, БСМП №1 им. Н.А. Семашко, акушерское отделение; ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России// Материалы XIII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2012.
44. Ринжук Л.В., Ринжук В.С., Сравнительная характеристика видового состава представителей микробного пейзажа мочи и влагалища у беременных с бессимптомной бактериурией, г. Черновцы, Буковинский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии факультета последиplomного образования// Материалы XIII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2012.
45. Сидорова И.С., Макаров И.О., Леваков С.А., Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания. МИА, Москва, 2006; р. 2-17.
46. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Новый взгляд на проблему кесарева сечения, г. Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России// Материалы XIII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2012.
47. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Акушерство, ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2009, р. 345.
48. Тарасенко Ю.Н., Салов И.А., Морозова В.А., Аспирационно-промышленное дренирование в комплексном лечении послеродового эндометрита, г. Саратов, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского//Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011.
49. Тарасенко Ю.Н., Салов И.А., Чунихина Н.А., Особенности локального цитокинового профиля при послеродовом эндометрите, г. Саратов, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского//Материалы XII Всероссийского научного форума Мать и дитя, Москва, 2011.
50. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г., Кандидозный вульвовагинит: от этиологии до современных принципов терапии.- М., 2004, р. 16-17.

**ROLUL ADAOSULUI PONDERAL LA GRAVIDE
ÎN EVOLUȚIA SARCINII, NAȘTERII ȘI REZULTATELOR PERINATALE**

(Revista literaturii)

Anastasia Ispas

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

Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Role of weight gain in the evolution of pregnancy, birth and perinatal outcomes

Not only is pre-existing maternal obesity associated with adverse pregnancy outcomes, but also gaining too much weight during pregnancy has been linked with poor pregnancy outcomes. Specifically, gaining excessive weight during pregnancy can result in the delivery of a large-for-gestational-age (LGA) baby or macrosomia. Macrosomia has been associated with adverse maternal and neonatal outcomes, including caesarean birth, prolonged labour, birth