

27. Newman TB, Xiong B, Gonzales VM și colab. Predicție și prevenire a hiperbilirubinemiei neonatale extremă într-o organizație matură întreținere de sănătate. *Arhivele de Pediatrie și Adolescentului Medicina*. 2000, 154. (11) :1140-7 [PubMed].
28. Newman TB, Liljestrand P, Escobar GJ. Icter observat în primele 24 de ore după naștere într-o organizație de îngrijire a reusit. *Arhivele de Pediatrie și Adolescentului Medicina*. 2002, 156 (12) :1244-50. [PubMed].
29. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Ghid de utilizare literatura medicala. . I. Cum de a începe JA Rennie JM, Seghal, De, și colab. Gama de practica din Marea Britanie cu privire la pragurile pentru fototerapie și transfuzia de schimb în hiperbilirubinemie neonatala. *Arhivele de boala în copilărie fetale și neonatale Edition*. 2009, 94.: F323-F327 [PubMed] *Journal of American Medical Association* 1993, 270 (17) :2093-5. [PubMed]
30. Sheldon B. Korones, M.D., Henrietta S. Bada-Ellzey, M.D.- Neonatal decision making, 1999.
31. Seidman DS, Ergaz Z, I-pass, și altele. Estimarea riscului de icter la nou-născuți sănătoși la termen: Studiu prospectiv pe baza de populație. *Jurnalul de Perinatologie*, 1999; 19. (8 Pt 1) :564-7 [PubMed].
32. Turkel SB, Guttenberg ME, Moynes DR et al. Lipsa unor factori de risc identificabili pentru zheltuhi. *Pediatriya nucleară*. 1980; 66. (4) :502-6 [PubMed].
33. Popescu V. "Neurologie pediatrică" VOL 1, Ed. TEORA, București 2001.

INCOMPATIBILITATEA MATERNO-FETALĂ DUPĂ FACTORUL Rh

Andrei Slivciuc, Gheorghe Găină, Corina Iliadi-Tulbure

(Conducător științific – Constantin Ostrofeț, dr., conf.univ.)

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Materno-fetal Rh incompatibility

Materno-fetal Rh incompatibility represents an important issue influencing the evolution of gestation, fetal and newborn state. An important moment in these situations is the diagnosis of isoimmunization during pregnancy, to decide individual management and prenatal care. The present study was conducted on a total of 247 cases, the influence of Rh materno-fetal incompatibility on perinatal outcomes being assessed. Our results indicate that the most common complications during pregnancy in Rh negative women included miscarriage, pregnancy induced hypertension, exacerbation of somatic pathology, Rh-isoimmunization occurring more frequently in pregnant women with a history of spontaneous or medical abortions, premature deliveries, perinatal death.

Rezumat

Incompatibilitatea materno-fetală după factorul Rh constituie o problemă importantă, ce influențează evoluția sarcinii și starea fătului și nou-născutului. Un moment important în situațiile date, este diagnosticarea izoimunizării pe parcursul gestației, pentru a decide conduita individualizată. Studiul a fost efectuat asupra unui număr de 247 cazuri, fiind apreciată influența incompatibilității materno-fetale după factorul Rh asupra evoluției sarcinii și rezultatelor perinatale. Rezultatele noastre indică faptul, că incompatibilitatea materno-fetală după factorul Rh influențează evoluția sarcinii prin manifestarea iminenței de întrerupere, asocierea stărilor hipertensive, acutizarea patologiei somatice, izoimunizarea survenind frecvent la gestantele cu anamneza obstetricală complicată (avort spontan și/sau medical, naștere prematură, deces perinatal etc.).

Actualitate

Izoimunizarea în sistemul Rh constituie dezvoltarea de anticorpi (Ac) imuni anti Rh în organismul femeii Rh negative, în urma introducerii în circulația sa de hematii conținând antigenul (Ag) Rh, datorită dezvoltării *in utero* a unui făt Rh pozitiv [1,3,5]. Conflictul Ag-Ac poate determina apariția unor stări patologice, ce complică evoluția procesului de gestație ca: avortul spontan, asocierea stărilor hipertensive, anasarca feto-placentară, moartea intrauterină a fătului, boala hemolitică a nou-născutului etc. Un moment important în situațiile date, este diagnosticarea titrului de Ac imuni în sângele gestantei și aprecierea stării intrauterine a fătului, prin examen ecografic. Aceste investigații sunt necesare pentru pentru stabilirea conduitei sarcinii sau nașterii, în funcție de vârsta de gestație (VG) și gradul de maturitate fetală. Determinarea nivelului de Ac se repetă la intervale de cel puțin 4 săptămâni [1,5]. Dacă aceștia sunt prezenți în primele 12 săptămâni de gestație (SG), izoimunizarea este preexistentă sarcinii, iar dacă apar după 26–28 SG, izoimunizarea s-a produs în timpul sarcinii respective. Titrul Ac $\leq 1:16$ permite o atitudine de expectativă, pericolul coafectării fetale fiind neînsemnat, iar valorile mai mari sau o creștere rapidă indică posibilitatea unei afectări fetale mai pronunțate [5]. Cu toate acestea, trebuie luat în considerare faptul că în termen avansat de sarcină, o scădere bruscă a titrului de Ac prezintă un semn de alarmă și impune măsuri terapeutice imediate. Semnele ecografice sunt caracterizate prin trei stadii. În primul stadiu ecografia nu relevă nici un semn de decompensare, dar nu poate exclude anemia fetală; stadiul al doilea prezintă o anasarcă incipientă (exudat pericardic, hepatomegalie, anse intestinale bine vizualizabile, lamă subțire de ascită, edem cutanat, diminuarea vitalității fetale), asociată frecvent cu: polihidramnios și creșterea grosimii placentei. În stadiul al treilea anasarca este confirmată, semnele descrise anterior agravându-se [2,4,5]. În formele severe de izosensibilizare, indicele de rezistență placentară, apreciat la velocimetria Doppler, scade și debitul sangvin în vena ombilicală crește. De obicei aceste modificări se asociază cu un ritm plat pe un traseu sinusoidal la cardiocardiografie, care este un semn de anemie fetală cu insuficiență gravă.

Datele literaturii de specialitate, sugerează faptul că amniocenteza este obligatorie în conduita sarcinii cu izoimunizare, indicațiile fiind: titrul înalt de Ac ($\geq 1:64$ în izoimunizarea apărută în sarcina respectivă și $\geq 1:32$ în cea preexistentă), complicarea sarcinii actuale prin preeclampsia sau polihidramnios, anamneza maternă complicată (deces fetal, icter neonatal grav, exsangvinotransfuzii etc.). Este importantă supravegherea nivelului amniotic al bilirubinei (BL) prin spectrofotometrie și calcularea indicelui optim de absorbție în lumină monocromatică cu $\lambda=450$ nm, corelat cu diagrama semilogaritmă Liley construită în funcție de VG. Aceste aprecieri sunt importante pentru stabilirea conduitei sarcinii și decizia asupra timpului oportun pentru declanșarea nașterii. Dacă acest indice aparține zonei I, fătul nu este afectat. Fătul este afectat moderat dacă indicele se situează în regiunea inferioară a zonei II, BL se apreciază în mod repetat după 2 săptămâni. Dacă indicele este situat în regiunea superioară a zonei II, suferința fetală este gravă, iar BL trebuie dozată săptămânal. Zona III relevă afectarea foarte severă a fătului, fiind indicată: transfuzia intrauterină la VG ≤ 34 SG ca oportunitate terapeutică și declanșarea prematură a nașterii, fiind necesară monitorizarea continuă a travaliului sau elecția operației cezariene pentru a evita stresul fetal. În perioada post partum este necesar de a preleva sângele din cordonul ombilical pentru a determina: grupa sangvină și factorul Rh, nivelul de BL [1,2,4]. Un aspect important este efectuarea administrării Ig anti-D în primele 72 h post partum. Datele literaturii relatează un nivel mai crescut al indicilor perinatali. La titrul Ac $< 1:4$, riscul decesului antenatal este de 2%, iar la titrul Ac $> 1:512$ – până la 45% [5]. Cu toate acestea, până în prezent, nu există studii care să ateste o corelație certă dintre titrul Ac și gradul de suferință fetală.

Scopul studiului a constat în aprecierea influenței incompatibilității materno-fetale după factorul Rh asupra evoluției sarcinii și rezultatelor perinatale.

Material și metode.

Studiul a fost efectuat în baza Catedrei Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF “Nicolae Testemițanu”, în cadrul Spitalului Clinic Municipal nr.1 și Institutului Mamei și Copilului, pe parcursul anului 2012. Numărul total de 247 gestante diagnosticate cu incompatibilitate după factorul Rh au fost cercetate în funcție de: VG, anamneza somatică și ginecologică, evoluția gestației, investigațiile clinico-paraclinice, influența asupra factorilor perinatali, fiind studiate fișele de examinare obstetricală a gestantei și nou-născutului.

Rezultate și discuții.

În 95,5% cazuri, pacientele au avut vârsta cuprinsă între 18-35 ani. În 159 cazuri (64,4%) acestea erau primipare, iar în 35,6% cazuri – multipare. Datele studiului au arătat un procent înalt de apartenență către factorul Rh negativ și anamneza obstetricală complicată. La 105 femei (42,5%) au fost stabilite avorturi medicale la cerere și avorturi spontane până la 10 SG în anamneză. Avort spontan repetat a fost apreciat în 48 cazuri (19,4%), iar sarcina extrauterină în 17 cazuri (6,9%). Cu părere de rău, în urma manoperelor chirurgicale efectuate anterior (vacuum aspirația cavității uterine, abrazio cavi uteri etc.), nu a fost administrată Ig anti-D cu scop de prevenire a manifestării izoimunizării ulterioare. Anamneza somatică, la pacientele supuse cercetării, a fost complicată în 123 (49,8%) cazuri, fiind apreciată patologia cardiovasculară, preponderent congenitală (69 cazuri – 27,9%), patologia urinară, manifestată prin colică ureterală sau acutizarea pielonefritei (108 cazuri – 43,7%), maladiile sistemului respirator, cu preponderența componentului astmatic (24 cazuri – 9,7%) etc. Maladiile ginecologice s-au manifestat în 51 cazuri, ceea ce a constituit 20,6%. Pacientele au fost investigate clinico-paraclinic și au necesitat spitalizate pentru tratament adecvat. Procesul de gestație a fost complicat prin iminență de întrerupere până la VG de 22 SG în 69 cazuri (27,9%), iminența de naștere prematură fiind atestată în 46 cazuri (18,6%). Stările hipertensive în sarcină au survenit în 81 cazuri (32,8%), iar ruperea prematură de membrane amniotice în 62 cazuri (25,1%).

În cadrul studiului, la 236 femei aparținente la factorul Rh negativ, ceea ce a constituit 95,5%, Ac au fost evaluați prin examen serologic, cu determinarea titrului în dinamică. În 215 cazuri (91,1%) Ac nu au fost apreciați, izosensibilizarea fiind manifestă în 21 cazuri (8,9%), preponderent la multipare. În 16 cazuri, Ac au avut titrul cuprins între 1:2 – 1:4 pe tot parcursul sarcinii, iar în 5 cazuri procesul de izoimunizare a fost sever, titrul de Ac fiind între 1:16 – 1:64. O particularitate a fost aprecierea procesului de izoimunizare în al treilea trimestru de gestație. Examenul ecografic a permis aprecierea stării *in utero* al fătului, anexelor fetale și diagnosticarea hidropsului fetal, în special în caz de izoimunizare sau creșterea titrului de Ac. Semne de izoimunizare de divers grad (circumferința abdominală peste valoarea de normă, hepatosplenomegalie etc.) a fost determinat în 18 cazuri (7,2%). Hidropsul fetal a fost diagnosticat în 4 cazuri, la titrul Ac între 1:32 – 1:64. Polihidramniosul a fost stabilit în 41 cazuri (16,6%). Suferința fetală intrauterină a fost apreciată în 12 cazuri (4,9%) la velocimetria Doppler, constituind indicație către finalizarea sarcinii prin operație cezariană în mod urgent. Deși literatura de specialitate recomandă utilizarea amniocentezei în toate cazurile de incompatibilitate materno-fetală după factorul Rh, din cauza invazivității și utilizării restrictive a acesteia, nu dispunem de date care ne-ar permite să concluzionăm despre eficacitatea ei.

Un moment important, care este tot mai frecvent efectuat în Clinicile Perinatologice din Republica Moldova, este profilaxia izoimunizării, prin administrarea Ig anti-D în primele 72 h post partum, în cadrul studiului fiind efectuat în peste 50% cazuri.

Conform datelor cercetării, nașterea a survenit la termen în 221 cazuri (89,5%), în 26 cazuri fiind prematură (10,5%). În 216 cazuri (87,4%) nașterea a decurs per vias naturalis, iar în 31 cazuri (12,6%) – prin operație cezariană, indicațiile pentru efectuare fiind: suferință cronică *in utero* al fătului, izosensibilizare severă, preeclampsie severă, placenta praevia cu hemoragie, decolarea prematură de placentă normal inserată etc. Nivelul mortalității perinatale, în cadrul studiului, a constituit 9 cazuri, dintre care în 2 cazuri a survenit mortalitatea antenatală, iar în 7 cazuri – mortalitatea neonatală precoce.

Concluzii

Incompatibilitatea materno-fetală după factorul Rh influențează evoluția sarcinii prin manifestarea iminenței de întrerupere, asocierea stărilor hipertensive, acutizarea patologiei somatice, izoimunizarea survenind frecvent la gestantele cu anamneza obstetricală complicată (avort spontan și/sau medical, naștere prematură, deces perinatal etc.).

În toate cazurile de incompatibilitate după factorul Rh, este necesar de efectuat un diagnostic clinico-paraclinic complex (examen serologic, ecografic, amniocenteză etc.), pentru aprecierea procesului de izoimunizare și decizia asupra conduitei sarcinii sau declanșarea travaliului.

Profilaxia izoimunizării ulterioare, prin administrarea Ig anti-D, este un aspect important și necesar de efectuat la toate femeile aparținente către factorul Rh negativ.

Bibliografie

1. Drife J., Magowan B., Isoimmunization. Clinical obstetrics and gynaecology, Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto, 2004.
2. Ducherney A.H. et al. Rh isoimmunization&other blood group incompatibilities. Current Diagnosis&Treatment in Obstetrics&Gynecology. 10th edition, a LANGE medical book, New York, Chicago, San Francisco, Losbon, London,etc., p. 282-287, 2006.
3. Moise K.J. Management of rhesus alloimmunization in pregnancy, Obstet Gynecol 100(3):600-611, 2002.
4. Tabsh K., Theroux N. Rhesus Isoimmunization. Hacker, N.F., Moore J.G., Gambone J.C., Essentials of Obstetrics and Gynecology, 4th edition, Elsevier Saunders, Philadelphia, Pennsylvania, p. 208-215, 2004.
5. Wamelen D.J., Klumper F.J., Haas M. et al. Obstetric History and Antibody Titer in Estimating Severity of Alloimmunization in Pregnancy, Obstetrics and Gynecology, 109 (5): 1093-1099, 2007.

RITMUL CRONOBIOLOGIC AL ACTIVITĂȚII CARDIACE ÎN PERIOADA SARCINEI LA FEMEI SĂNĂTOASE

Mariana Smișnoi, Maria Smișnoi

Catedra medicină internă-semiologie, Departamentul Pediatrie, Curs puericultură,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The chronobiological rhythm of cardiac activity in healthy new borns in the early 5 days of life

The study of the chronobiological rhythm of the cardiac activity in healthy women with a physiological pregnancy evolution was performed through the method of electrocardiogram during 24 hours at 7, 11, 15, 19, 23, 2 hours. The rhythm in 24 hours of electrical activity of the heart during the physiological pregnancy is characterized by the declining in the morning (11 hour), evening (19 hour), and at night (2 o'clock at night), and in the afternoon (3 o'clock in the afternoon) and in the evening (11 o'clock) through the elevation of the cardiac function.

Rezumat

Studierea ritmului cronobiologic al activității cardiace la femeii sănătoase cu evoluție fiziologică a sarcinii s-a efectuat prin metoda electrocardiografiei timp de 24 ore la ora 7, 11, 15, 19, 23, 2. Ritmul 24 ore a activității electrice a cordului în perioada sarcinii fiziologice se caracterizează prin scădere dimineața (ora 11), seara (ora 19) și noaptea (ora 2), iar după masă (ora 15) și seara (ora 23) – prin sporire a funcției cardiace.