

bolnavi au cardiopatie ischemică, însoțită de hipertensiune arterială și 32 716 (13,8%) bolnavi cu boli cerebrovasculare însoțite de HTA. Astfel constatăm, că cei 237 293 de bolnavi aflați la evidență pentru supraveghere și tratament constituie doar 39% din numărul estimat al hipertensivilor, raportat la 30% prevalență a HTA. Statisticile CNMS al MS atestă o dinamică descendentă a incidenței patologiei cardiovasculare în populația Republicii Moldova de la 212,5 cazuri în a. 2005 la 169,1 cazuri în a. 2011. Incidența HTA a scăzut de la 113,5 în a. 2005 la 70,4 cazuri în a. 2011 la 10 mii de locuitori. Constatăm o scădere a depistării cazurilor noi de hipertensiune arterială și cardiopatie ischemică însoțită de hipertensiune arterială. În aceeași perioadă de timp constatăm o prevalență în creștere a bolilor cerebrovasculare cu hipertensiune arterială de la 53,14 cazuri în a. 2006 la 109,5 cazuri în a. 2011, iar incidența de la 11,12 cazuri la 16,5 cazuri la 10 mii de locuitori. La 01.01.2012 în republică sunt atestați 39 004 bolnavi cu AVC însoțite de hipertensiune arterială, inclusiv 5 891 sunt cazuri noi de AVC. În același timp, în a. 2011 au decedat 5 986 bolnavi cu AVC, ceea ce constituie 168,0 cazuri la 100 mii de locuitori, situându-se pe locul 2 în structura mortalității după cardiopatia ischemică. Incidența IMA a crescut de la 5,07 cazuri în a. 2006 la 6,2 cazuri în a. 2011 la 10 mii de locuitori. Analiza mortalității cauzată de bolile aparatului circulator a demonstrat că din numărul total de 22 550 de decese, 92,7% revin cardiopatiei ischemice acute și cronice, bolilor cerebrovasculare și infarctului miocardic acut. Serviciul prespitalic AMU în a. 2011 a deservit 237 806 de urgențe cardiovasculare, inclusiv 157 638 (66,3%) pe motiv de urgențe hipertensive și salturi hipertensive. Urgențele hipertensive extreme au constituit 21 745 (13,7%), urgențele hipertensive comune 82 914 (52,6%) și hipertensiunea arterială și salturile hipertensive 52 979 (33,6%). Cele mai frecvente

manifestări clinice în cadrul urgențelor hipertensive extreme înregistrate au fost dereglările de vedere 26%, cefaleea 16%, semnele cardiace 18%, semnele renale 12%, dispneea 6%. Constatăm de asemenea și o creștere a ponderii solicitărilor Sindromului Coronarian Acut de la 21,4% în a. 2007 la 27,8% în a. 2011 pe fundal de hipertensiune arterială. La nivel de asistență medicală primară nu dispunem de o evidență a patologiei cardiovasculare pe categorii de vârste, pe sexe, cu evidențierea HTA rezistente sau refractare la tratament, a numărului de persoane cu HTA esențială și secundară, a prezenței diabetului zaharat, sindromului metabolic și a dislipidemiilor, situație, care de rând cu nivelul nesatisfăcător de depistare influențează negativ prognosticul, cât și planificarea și utilizarea eficientă a resurselor disponibile pentru organizarea asistenței medicale acestor categorii de pacienți.

Concluzii

Organizarea asistenței medicale de urgență populației cu hipertensiune arterială și urgențe hipertensive la nivel de asistență medicală primară, necesită o fortificare a activităților de depistare și supraveghere medicală, având la evidență doar 39% din numărul total al populației hipertensive din republică.

1. Evidența și supravegherea pacienților cu HTA la medicul de familie necesită sistematizare pe categorii de vârste, sexe, forme cât și a factorilor de risc și patologiilor asociate pentru planificarea corectă a posibilităților de tratament.
2. Incidența înaltă a urgențelor hipertensive în populația republicii constituie un barometru al calității supravegherii și tratamentului acestor pacienți la nivelul AMP.
3. Necesită fortificare rolul organizator-metodic al secțiilor consultative și medicilor cardiologi în organizarea, evidența și calitatea asistenței medicale acordate.

Nașterea prematură: cauze și consecințe

V. Ciobanu¹, M. Dragan², *V. Badea², E. Pavlov², S. Popovici², I. Dobrioglo²

Department of Obstetrics and Gynecology, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

* Corresponding author: 068121000. E-mail: victoriabadea@yahoo.com

Manuscript received March 05, 2012; revised April 30, 2012

Preterm birth: causes and consequences

Major importance is now given to prematurity, this explains still high incidence of preterm birth worldwide, which on average is 10%. Our aim was to assess risk factors of preterm birth complicated by *abruptio placentae* and postpartum endometritis occurred during 2010 in our clinic. The article was based on analysis of 190 medical records with preterm birth. The study established maternal risk factors of preterm birth: spontaneous and medical abortions, previous premature births and non-specific genital infections and others. As risk factors for development of *abruptio placentae* in preterm birth were designated: high blood pressure, extreme values of age, premature rupture of membranes, multiparity.

Key words: preterm birth, *abruptio placentae*, endometritis, risk factors.

Преждевременные роды: причины и последствия

В настоящее время большое значение уделяется преждевременности, это объясняется всё ещё высокой частотой преждевременных родов во всём мире, которые составляют в среднем 10%. Нашей целью было оценить факторы риска преждевременных родов, осложнённые преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и послеродовым эндометритом, которые произошли в течение 2010 в нашей клинике. Статья была основана на анализе 190 медицинских историй преждевременных родов. Исследование установило материнские факторы риска преждевременных родов: спонтанные и медицинские аборт, преждевременные роды в анамнезе, неспецифическая генитальная инфекция и другое. Были указаны факторы риска развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты при преждевременных родах: высокое артериальное давление, критические цифры возраста, преждевременный разрыв плодных оболочек, многоплодие.

Ключевые слова: преждевременные роды, преждевременная отслойка плаценты, эндометрит, факторы риска.

Actualitatea temei este determinată de frecvența înaltă și gravitatea evoluției nașterilor premature și a apoplexiilor uteroplacentare, precum și a asocierii ulterioare a infecțiilor puerperale [1, 2]. O importanță majoră se acordă în prezent prematurității, aceasta se explică prin incidența încă ridicată a nașterilor premature în toată lumea, care în medie este de 10% [3, 4]. Nașterea prematură (NP) este responsabilă de aproximativ 50% din mortalitatea perinatală, 70-80% din mortalitatea neonatală precoce, ceea ce pentru țara noastră reprezintă date destul de impunătoare [4, 7, 8, 9]. Majoritatea prematurilor, fiind „prea mici” pentru a merge acasă, sunt susținuți timp de săptămâni în secțiile de terapie intensivă a nou-născuților deoarece implică serioase complicații și riscuri pentru viață. Totodată, prematurii consumă imense resurse materiale pentru îngrijire și tratament [5, 6]. Uneori nici chiar cel mai bun tratament nu poate înlătura așa dizabilități cum ar fi: paralizia cerebrală, retardul în dezvoltarea neuropsihică, probleme de vedere, boli cronice de durată cu care se confruntă prematurul.

O altă problemă elucidată este apoplexia uteroplacentară, care în structura afecțiunilor obstetricale se înscrie cu o incidență de 0,5-1,3 % din numărul total de sarcini, fiind în continuă creștere. Această patologie pune în pericol viața atât a mamei cât și a fătului și fără tratament prompt și corect este responsabilă de 6% din mortalitatea maternă, iar rata mortalității fetale este aproximativ de 15% [5]. Mortalitatea perinatală, retardul în creșterea intrauterină și prematuritatea sunt principalele complicații fetale. Morbiditatea și mortalitatea maternă se datorează hemoragiei și/sau asocierii coagulării intravasculare diseminate (CID) [6, 10, 11, 12].

Ulterior, a fost studiată perioada post-partum, care este urmată frecvent de complicații septico-purulente, care încă mult timp vor rămâne în centrul atenției obstetricienilor în pofida noilor descoperiri în ceea ce privește profilaxia, diagnosticul și tratamentul complex. Procesele septico-purulente ocupă locurile 2-4 printre cazurile de moarte maternă [13]. Până în prezent, frecvența maldiilor septico-purulente postnatale constituie de la 0,2% până la 20-30%, (după nașteri spontane – 0,2-10%, după operații cezariene crește până la 25-30%) [13, 14]. Conform datelor OMS (anul 2003), în țările în curs de dezvoltare, infecțiile materne și perinatale sunt cauza principală a morbidității și mortalității materne. În majoritatea acestor țări rămâne nesoluționată problema din cauza lipsei resurselor suficiente pentru ocrotirea mamei și copilului.

Studiul și-a pus scopul să evalueze factorii de risc al nașterilor premature complicate cu *abruptio placentae* (AP) și endometrită postpartum, care au avut loc pe parcursul anului 2010 în clinica ICȘDOSM și C.

Obiectivele lucrării:

1. Evaluarea cauzelor primordiale ale prematurității, factorii de risc materni și fetal.

2. Elucidarea factorilor de risc pentru decolarea prematură a placentei normal inserate, în nașterile premature.
3. Depistarea factorilor de risc ai infecției puerperale la nașterile premature.

Material și metode

Pentru realizarea obiectivelor propuse au fost selectate din arhiva spitalului IMSP ICȘDOSM și C 190 de fișe medicale dintr-un număr total de 549 de nașteri premature asistate, pe parcursul anului 2010 în cadrul instituției date și 35 de cazuri cu diagnosticul de AP. În vederea cercetării factorilor de risc general în asocierea infecției postpartum, au fost analizate 206 cazuri de endometrită postpartum, tratate pe parcursul aceluiași an, în cadrul SCM nr. 1. Cazurile de NP au fost repartizate conform termenului de gestație în 3 grupuri de studiu:

- Grupul nr. 1 – 22-27 de săptămâni, care a inclus 30 de fișe evaluate.
- Grupul nr. 2 – 28-33 de săptămâni, care a inclus 80 de fișe evaluate.
- Grupul nr. 3 – 34-37 de săptămâni, care a inclus 80 de fișe evaluate.

În cadrul acestor grupuri, pentru stabilirea unor cauze primordiale ale NP, au fost evaluați conform unui chestionar prestabilit: – *factori de risc materni* – vârsta, anamneza obstetricală (gestația, nașterea, avorturile medicale, avorturile spontane, nașteri premature în anamneză, multiparitatea, evoluția actualei sarcini); – *factori de risc fetoplacentari* – sarcină gemelară, semne de insuficiență fetoplacentară, insuficiență circulatorie gr. II-III, modificări placentare și de lichid amniotic determinate în baza datelor ultrasonografice. A fost cercetată implicarea unor factori favorizanți în AP și legăturile intercauzale cu NP. S-au elucidat factorii de risc generali în endometrita postpartum și unii factori de risc potențial în cadrul NP (colpita, vaginite, perioada alichidiană, semne de infecție intrauterină). Drept metode de cercetare au servit datele anamnezice, datele clinico-obiective, cele ecografice, examenul microbiologic al secretului vaginal, al laptelui, al sângelui și examenul hematologic, toate redată în fișele medicale.

Rezultate și discuții

Pe parcursul anului 2010, în cadrul IMSP ICȘDOSM și C, au fost asistate 539 de nașteri, din ele 549 au constituit nașteri premature, realizând o rată de 10,2%.

Evaluând *I lot de studiu*, am determinat vârsta medie a femeilor de 28,6 ani, iar masa medie a nou-născuților de 838,3 g. În cadrul acestui lot, drept factori de risc materni au fost stabiliți avorturi spontane în anamneză în 36,6% (n = 11) cazuri, (dintre care 45,5%, n = 5 – mai mult de 3) și 13,3% (n = 4) cazuri de avorturi medicale. Nașteri premature în anamneză

au fost la 10% (n = 3). În evoluția sarcinii la 26,6% (n = 8) a fost înscrisă cel puțin o iminență de naștere prematură cu tratament adecvat administrat în staționar. Conform datelor USG, au fost confirmați factorii fetoplacentari cum ar fi insuficiența fetoplacentară cronică și schimbări la nivelul zonei placentare tip zone de infarct – în 23,3% cazuri.

Evaluând **al II-lea lot de studiu** am determinat vârsta medie a femeilor de 27,9 ani, masa medie a nou-născuților fiind de 1575 g. Grupul dat a înscris o anamneză ginecologică și obstetricală mult mai vastă, din punct de vedere al factorilor etiopatogenetici. Astfel, s-a mărit rata femeilor cu avorturi medicale în anamneză – 22,5% (n = 18) și se mențin cele cu avorturi spontane – 12,5% (n = 10). Din numărul total de femei doar la 6,3% (n = 5) au fost nașteri premature în anamneză, iar 7,5% (n = 6) dintre gravide au fost multipare. Se mai demonstrează încă o dată iminența de naștere prematură pe parcursul sarcinii (înregistrată la 28,8%, n = 23) ca un factor de risc pentru o naștere prematură. Totodată, sarcina a fost instalată pe un fundal de sterilitate secundară la 3,8% (n = 3) cazuri. Conform datelor USG, s-au determinat semne de insuficiență fetoplacentară la 8,8% (n = 7), insuficiență circulatorie de gradul II-III – la 8,8% (n = 7).

Evaluând **al III-lea lot de studiu** am obținut următoarele rezultate: vârsta medie a femeilor de 26,5 ani și masa medie a nou-născuților de 2 157,3 g. Din nașterile premature, incluse în grupul dat, 16,25% (n=13), iar 7,5% (n = 6) i-au revenit procedurii IVF. Studiind datele anamnezice s-a evidențiat o frecvență de 20% (n = 16) de avorturi medicale (dintre care 12,5%, n = 2 au avut mai mult de 5 a/m în anamneză), și o rată de 11,3% (n = 9) de avorturi spontane, ca o consecință putem atribui sterilitatea secundară înregistrată la 8,8% (n = 7). Rămâne crescută iminența de naștere prematură (23,8%, n = 19) ca factor de risc. În cadrul acestui grup a fost relevată o frecvență mult mai mare de nașteri premature în anamneză, care au constituit 13,8% (n = 11). Conform datelor USG am stabilit semne de insuficiență fetoplacentară la 8,8% (n = 7) și insuficiență circulatorie – la 7,5% (n = 6).

Pentru realizarea celui de-al **doilea obiectiv** propus, am cercetat AP ca pe un proces ce poate determina nașterea prematură, greutatea mică la naștere (de 2 500 g sau mai mică) și pierderi masive de sânge la mamă, ce duc la moartea atât a fătului cât și a mamei. În cadrul analizei celor 35 de cazuri de AP am determinat că doar 14 cazuri (40%) erau nașteri la termen, 1 caz de sarcină suprapurtată, restul nașterilor erau premature cu predominarea termenului între 37-34 de săptămâni de amenoree (33%), între 33-28 s.a. (14%), iar între 27-22 ș.a. (10%). Feții născuți prezentau greutate între 2500-4500 g – în 52% cazuri, între 1500-2400 g – în 37% și < 1500 g – în 11% cazuri. Majoritatea copilașilor au fost născuți cu un scor Apgar 7/8 (58%), 6/7 (18%), 5/6 (12%), 2 copilași născuți cu un scor Apgar 9/10 și în 2 cazuri a fost stabilită moartea antenatală a fătului. Aceste date au relevat astfel o legătură certă cauză-consecință între AP și NP. Drept factori de risc în AP au fost reliefați:

– Hipertensiunea arterială (140/90 mm Hg sau mai mare) cronică sau indusă de sarcină, crește riscul de decolare prematură de placentă.

– Vârsta. Decolarea prematură de placentă este mai frecventă la gravidele cu vârsta mai mare de 35 de ani sau mai mică de 16 ani, conform datelor literaturii de specialitate [5]. Analiza repartizării pacientelor în funcție de vârstă a determinat, că majoritatea au constituit-o parturientele cu vârsta cuprinsă între 16-24 de ani (40%).

– Ruperea prematură de membrane, îndeosebi cu durata mai mare de 24 de ore, în 6 cazuri ceea ce constituie 17%, fapt bine argumentat în cadrul fiecărui lot aparte. Astfel, din numărul total de NP, RPPA s-a înregistrat în 37,8% cazuri (n = 71).

– Decompresia brutală în caz de polihidramnios.

– Corioamniotita este un factor favorizant, evaluat într-un singur caz.

– Utilizarea incorectă a oxitocinei, rahianestezia.

– Decolarea prematură de placentă în sarcini anterioare.

– Multiparitatea crește riscul de decolare prematură de placentă. Analizând rezultatele studiate, s-a determinat predominarea AP la pacientele multipare, comparativ cu cele nulipare, care au constituit doar 36%.

Asocierea infecției postpartum este într-o strânsă legătură cu NP deoarece însuși factorii etiopatogenetici ai NP sunt factori de risc major pentru asocierea endometritei postpartum. Grupurile de risc pentru dezvoltarea endometritei postpartum ar fi lăuzele, care în timpul sarcinii au suferit de infecții intercurrente, patologii extragenitale agravate și, în special, infecții ale organelor urogenitale, infecții intrauterine, polihidramnios, oligoamnios, iminențe de întrerupere a sarcinii. Primordiale rămân: perioada alichidiană îndelungată (mai mult de 18 ore), tacte vaginale multiple, control manual al uterului, traume ale canalului de naștere, operația cezariană care în NP are mai des caracter urgent. În cadrul studiului am determinat tot cumulul de factori sus menționați. Nașterea s-a complicat cu RPPA la 37,8% (n = 71), dintre care la 16,8% (n = 32) perioada alichidiană a constituit mai mult de 5 zile, fapt care a favorizat asocierea semnelor clinice și paraclinice de infecție intrauterină la 5,8% (n = 10). La internare în 3,6% cazuri (n = 62) a fost atestată o patologie ginecologică cum ar fi: colpitate, vaginite (având gr. II-III de puritate al frotiului vaginal), infecții cu micoplasmă, ureaplastmă, portaj de herpes și cytomegalovirus, condilomatoză, chlamidioză. Din numărul total de nașteri premature, 28,42% (n = 54) au fost finalizate prin operație cezariană, un alt factor de risc infecțios în NP. Cercetând cazurile de endometrită postpartum, am relevat faptul că la examenul bacteriologic din raclajul uterin, însămănțările din vagin, lapte, urină s-a depistat o gamă variată de agenți patogeni. Toate datele au fost incluse în tabelul 1.

Tabelul 1

Rezultatul examenului bacteriologic

Agentul patogen	Vagin	Urină	Lapte
Enterococul hemolitic	75	14	0
E. coli	61	8	0
Klebsiella pneumoniae	24	3	1
Corinebacter	24	0	0
St. aureus	18	8	1
St. epidermidis hemolitic	16	2	1
Enterobacter aerogenis	4	1	1
Pseudomonas aeruginosa	4	3	0
Proteus mirabilis	3	1	0
Candida albicans	3	0	0
Lactobacterium	3	0	1
Morganella morgani	1	0	1
C. frendii	1	0	0
St. viridans	1	0	1

Concluzii

1. Studiul a depistat factorii de risc matern al nașterilor premature: avorturile spontane și medicale anamnezice (35,8%, n = 68), nașterile premature anterioare (10%, n = 19) și infecțiile genitale nespecifice (17,4%, n = 33); factorii de risc fetalii adiționali au fost: RPPA (37,9%, n = 72), retardul de dezvoltare intrauterină (25,3%, n = 48) și sarcina gemelară (16,3%, n = 31); factorii maternofetali relevă mecanismul adițional, prin care aceștia influențează nașterea prematură (insuficiența fetoplacentară 11%, n = 21 și insuficiența circulatorie de 7,9%, n = 15).

Drept factori de risc ai dezvoltării AP în nașterea prematură au fost desemnați:

- Hipertensiunea arterială (140/90 mm Hg sau mai mare) cronică sau indusă de sarcină.
- Valorile extreme ale vârstei (< 16 și > 35 de ani), 40% cazuri.
- Ruperea prematură de membrane, astfel, din numărul total de NP, RPPA s-a înregistrat în 37,8%, îndeosebi cu durata mai mare de 24 de ore, 17% – decolarea prematură de placenta în sarcini anterioare.
- Multiparitatea – AP la pacientele multipare a constituit 64%, comparativ cu cele nulipare, care au constituit doar 36%.

2. Factorii de risc primordiali în dezvoltarea endometritei postpartum după NP sunt: perioada alichidiană îndelungată – 37,8% (n = 71), dintre care la 16,8% (n = 32) perioada alichidiană a constituit mai mult de 5 zile, operația cezariană – 28,42% (n =

54), care în NP are mai des caracter urgent și altele cum ar fi: tacte vaginale multiple, control manual al uterului, traume ale canalului de naștere. Frecvența endometritei după nașterile premature este de 8,25%.

Bibliografie

1. Vârtej Petrache. Obstetrică patologică. București: ALL, 1997:589-619.
2. Flowers D, Clark F, Westney S. Cocaine intoxication associated with *abruptio placentae*. 1991;202-204.
3. Paladi Gheorghe, Cernetchi Olga. Obstetrică patologică. Vol. II. Chișinău, 2007;177-190.
4. Paladi Gh, Cernetchi O. Obstetrică patologică. Hemoragiile obstetricale. 2007;391-400.
5. Stenberg M, Gladun E, Friptu V, ș.a. Obstetrica practică. Apoplexia uteroplacentară. 2004;307-320.
6. Gabel Steven G, Niebye Jennifer R, Simpson Joe Leigh. Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies. Churchill Livingstone, 2007;453-484.
7. Usui R, Matsubara S, Ohkuchi A. Gynecology and Obstetrics. Fetal heart rate pattern reflecting the severity of placental abruption. 2007;207-216.
8. Ancăr Virgil, Ionescu Crângu. Obstetrică. București: Național, 2008;233-240.
9. Кулаков В, Зак И, Куликова Н. Послеродовые инфекционные заболевания. Москва, 1984.
10. Гордеева Г. Акушерство и гинекология. 2008.
11. Гуртовой БЛ. Гнойно-септические заболевания в акушерстве. Москва, 1981.
12. Сольский И. Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. Киев, 1990.
13. Сидрова ЙС, Куласов ВИ, Макаров ИО. Руководство по акушерству. Москва, 2006.
14. Gladun E. Maladii septicopurulente în obstetrică. Chișinău, 1998.

Rolul enzimelor plasmatică în urină în fiziopatogenia glomerulonefritei acute și cronice la copil

A. Ciuntu

Department of pediatrics, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
93, Burebista Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: +37322 559663

Manuscript received March 05, 2012; revised April 30, 2012

The role of plasmatic enzymes in urine in the physiopathogenesis of acute and chronic glomerulonephritis in children

The activity of plasmatic ferments in urine of 125 children with primary glomerulonephritis was studied. The control group has constituted from 20 practically healthy children. The determining of plasmatic ferments activity in urine of patients suffering by acute and chronic glomerulonephritis in the disease dynamics is a early diagnostic criterion of disease severity. Witch allow prognosis of activity of process as well as complications.

Key words: plasmatic enzymes, children, glomerulonephritis.

Роль плазматических ферментов в моче у детей с острым и хроническим гломерулонефритом

Исследована активность плазматических ферментов в моче у 125 детей с первичным гломерулонефритом. Контрольная группа составила 20 практически здоровых детей. Определение активности плазматических ферментов в моче у больных острым и хроническим гломерулонефритом в динамике заболевания являются ранним диагностическим критерием тяжести заболевания, что позволяет прогнозировать активность процесса и осложнений.

Ключевые слова: плазматические ферменты, дети, гломерулонефрит.