

13. ACOG Practice Bulletin. Medical management of tubal pregnancy. Number 3, December (1998). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 65(1), 97-103 (1999).
14. DiMarchi JM, Kosasa TS, Kobara TY, Hale RW: Persistent ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 70(4), 555-558 (1987).
15. Seifer DB, Gutmann JN, Grant WD, Kamps CA, DeCherney AH: Comparison of persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingostomy versus salpingostomy at laparotomy for ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 81(3), 378-382 (1993).
16. Kadar N, Caldwell BV, Romero R: A method of screening for ectopic pregnancy and its indications. *Obstet. Gynecol.* 58(2), 162-166 (1981).

ENDOMETRITA PUERPERALA CA PROBLEMA MAJORA IN OBSTETRICA

Daniela Ciobanu, Liliana Untilă

(Coordonator științific – conf. univ., d.m. Zinaida Sârbu)

Catedra Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat)

Summery

Post-partum endometritis as major problem in obstetrics

The retrospective research highlighted the risk factors in the development of puerperal endometritis time of pathology appearance afterbirth or caesarean section and confirmed the necessity of precociousdiagnostic and complex treatment.

Rezumat

Studiul retrospectiv a evidențiat factorii de risc în dezvoltarea endometritei puerperale, timpul apariției patologiei date după naștere sau operația cezariană și a confirmat necesitatea diagnosticului precoce și tratamentului complex.

Actualitatea temei

Afecțiunile puerperale purulento-septice constituie una din problemele actuale ale obstetricii și ginecologiei contemporane, deoarece în aproximativ o pătrime din cazuri se înregistrează o evoluție severă a procesului dat însoțit de complicații septice cu o posibilă generalizare a procesului până la o invalidizarea și decesul pacientei [8,9].

Conform datelor literaturii de specialitate endometrita puerperală are o incidență de 2,6-7% [2,4]. Decesului matern este cea mai severă complicație a infecțiilor septico-purulente și conform rezultatelor studiilor efectuate atât de savanții autohtoni cât și cei străini survine după sepsisul puerperal în 58,8% cazuri, șoc infecțio-toxic în 26,6% cazuri și peritonita difuză - 14,6% cazuri [1,8].

Literatura de specialitate evidențiază că în structura afecțiunilor purulento-septice formele nozologice cele mai frecvent întâlnite sunt: endometritele puerperale, ulcerările puerperale, dehiscenta suturilor plăgilor post-operatorii, inflamarea țesutului celular pelvian (parametrită, paracolpită)[5,6].

În etiologia complicațiilor puerperale un rol major îl are infecția bacteriană care în aproximativ 50-60% cazuri este prezentată de *Gardenela Vaginalis*, iar în 37-52% din cazuri de stafilococul D [5,6,8]. Factorul declanșator în apariția endometritei postpartum este starea de intoxicație endogenă, provocată de microorganismele partogene, prin endo- și exotoxinele lor reduc funcția sistemului reticuloendotelial, activitatea fagocitelor, titrul complementului, dereglează microcirculația în organe și țesuturi.

Deaceea problema complicațiilor septico-purulente este actuală si necesită studiere continuă.

Scopul studiului

Aprecierea factorilor de risc și influența lor în dezvoltarea endometritei puerperale.

Materiala și metode

Pentru realizarea scopului s-a efectuat un studiu retrospectiv a fișelor medicale de observație clinică în cadrul IMSP SCM1 secția ginecologie septică pe anul 2006.

Criteriile de includere în studiu:

- lăuzie după naștere sau operație cezariană până la 42 zi după naștere;
- manifestări clinice (febră 38-39°C, dureri în regiunea hipogastrică, eliminări patologice din vagin).

Pentru a realiza acest studiu s-au folosit următoarele materiale și metode:

- Statistică-veridicitatea ipotezelor studiului a fost confirmată prin următorii indici matematici: p-valoarea relativă medie; m-eroarea valorilor medii aritmetice;
- Medicală - examenul general și ginecologic, de laborator.

Studiului au fost supuse 101 paciente cu endometrită puerperală.

În funcție de metoda de finalizare a nașterii totalul cazurilor au fost separate în două loturi:

I lot-77 cazuri, paciente cu endometrite după naștere per vias naturalis.

II lot- 24 cazuri pacientele au endometrită după operație cezariană.

Metoda de tratament: antibacterian, antiinflamator dezintoxicant (infuzii nu mai puțin de 1500ml), uterotonic, dezagregant, vaccum aspirația manuală, drenarea pasivă a cavității uterine.

Rezultatele studiului

Vârsta pacientelor în lotul I constituie 17-43 ani, vârsta medie $25,54 \pm 3,1$ ani, $p=0,05$, iar în lotul II pacientele cu vârsta cuprinsă între 16-39 ani, vârsta medie $24,29 \pm 2,9$, $p=0,05$.

În structura parității s-a observat că în lotul I pacientele primipare constituie 48 ($62,3\% \pm 1,1$) cazuri, multipare 29 ($37,7\% \pm 3,1$) cazuri.

În lotul II primiparele constituie 15 ($62,5\% \pm 1,01$) cazuri iar multiparele 9 ($37,5\% \pm 0,91$) din totalul pacientelor după operația cezariană.

Rezultatele studiului au constatat prezența patologiei extragenitale la 36 ($43,75\%$) paciente din lotul I și la 10 ($41,66\%$) paciente din lotul II.

Structura patologiei extragenitale este reprezentată în tabelul nr.1:

Tabelul 1

Structura patologiei extragenitale

Patologia asociată	Lotul I	Lotul II
Pielonefrita cronică	8 (10,38%)	1 (4,16%)
Cistita	1 (1,29%)	-
Boli sexual transmisibile	5 (6,49%)	-
Anexita cronică	3 (3,89%)	-
Vulvovaginita	3 (3,89%)	2 (8,33%)
Colpita	3 (3,89%)	2 (8,33%)
Bartolinita	1 (1,29%)	-
CMVinfecție	2 (2,59%)	-
Colecistita, pancreatita	3 (3,88%)	-
Anemia	7 (9,09%)	5 (20,83%)
Totalul	36 (46,75%)	10 (41,66%)

* $p=0,05$

Analiza rezultatelor obținute a constatat că pacientele au avut în antecedente următoarele patologii obstetricale, reprezentate în tabelul nr 2:

Tabelul 2

Anamneza obstetricală complicată la pacientele cu endometrită puerperală

Anamneza obstetricală complicată	Lotul I	Lotul II
Avort medical	15 (19,48%)	4 (16,66%)
Avort spontan	10 (12,98%)	2 (8,33%)
Sarcină stagnată	1 (1,29%)	0
Mola hidatiformă	1 (1,29%)	0
Sterilitate	1 (1,29%)	1 (4,16%)
Operația cezariană în anamneză	1 (1,29%)	2 (8,33%)
Bazin clinic strîmtat	0	1 (4,16%)
total	29 (37,66%)	10 (41,66%)

*P=0,05

Nașterea la pacientele estimate s-a complicat cu următoarele patologii, reprezentate în tabelul nr 3.

Tabelul 3

Patologiile dezvoltate în timpul nașterii

Patologia intranatală	Lotul I	Lotul II
Insuficiența forțelor de contracții, hipoxia incipientă intrauterină.	0	4 (16,66%)
Insuficiența primară a forțelor de contracții	0	4 (16,66%)
Placenta previa	0	1 (4,16%)
Decolarea placentei normal inserate	0	3 (12,5%)
Ruperea prematură a pungii amniotice	4 (5,19%)	1 (4,16%)
Hemoragii hipotone	1 (1,29%)	0
Placenta aderens	3 (3,89%)	0
Defect de țesut placentar	7 (9,09%)	0
Inversia spontană a uterului	1 (1,29%)	0
Perioada alichidiană prelungită	2 (2,59%)	
Total	18 (23,34%)	

*p=0,03

La analiza rezultatelor despre intervalul de timp de la naștere pînă la dezvoltarea tabloului clinic de endometrită puerperală s-a constatat că mai frecvent endometrita după naștere per vios naturalis apare la 9-17 zi după naștere - 49 (63,63%) cazuri. Analiza datelor despre dezvoltarea endometritei după operația cezariană au determinat că mai frecvent în 12 (50%) cazuri, complicația dată se dezvoltă la a 5-7 zi după operația cezariană. Menționăm că tabloul clinic al endometritei puerperale atît după nașterea per vias naturalis, cît și după operația cezariană decurge cu aceeași simptomatîcă. Diferența este numai timpul trecut după naștere sau operația cezariană. Astfel tabloul clinic a fost reprezentat de următoarele simptome: debut 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.

Estimarea rezultatelor examenului de laborator a constatat devieri patologice în hemogramă, frotiu vaginal, bacteriologia și bacterioscopia frotiului, examenul ultrasonografic.

Hemograma la toate pacientele incluse în studiu a prezentat următoarele devieri patologice: Leucocitoză ($9-20 \cdot 10^9 / l$) cu devierea formulei leucocitare spre stînga, anemie toxică, VSH crescut.

Examenul ultrasonografic, efectuat în 100% cazuri, constată micșorarea tonusului musculaturii uterine, mărirea cavității uterului, prezența țesutului decidual, membranelor, chiagurilor sangvine sau prezența de gaz în cavitatea uterină. conform rezultatelor primite endometritele puerperale se dezvoltă pe fon de: lohiometră în 13 cazuri (12,87%) cazuri, resturi de țesut placentar în 75 cazuri (74,25%) cazuri, simplă 13 (12,87%) cazuri.

Examenul bacteriologic și bacterioscopic depistează frotiul vaginal gr IV în 100% cazuri.

Flora patogenă a crescut pe mediile de cultură în 76,48% cazuri, a predominat enterococul în 30(29,07%) cazuri și flora mixtă în 24 (23,07%) cazuri.

La grupul de paciente incluse în studiu, tratamentul include: terapia antibacteriană la început empirică, bazată pe etiologia polimicrobiană apoi în dependență de germinii depistați bacteriologic, în combinație cu un preparat utilizat în infecția anaerobă – Metrogil sau Metronidazol 500 mgde 2-3 ori în zi i/v.

Terapia de dezintoxicare (infuzie 1500 ml) administrarea de ocitocice, antibiotice, AINS, regim igienico-dietetic și tratament local – spălături intrauterine, vaginale și vulvare cu soluții antiseptice, evaluarea incluziunilor patologice din cavitatea uterină prin chiuretaj sau aspirarea vacuum.

Vacum aspirația manuală în 88 (87,12%) cazuri, peste 24 ore sub acoperirea tratamentului antibacterian, dezintoxicant.

Tratamentul complex administrat a ameliorat starea pacientelor în primele 48-72 ore în aproximativ 91(90%) cazuri. Toate pacientele au fost externate la domiciliul la 9-10 zile după tratament de staționar. Deces matern nu s-a înregistrat, iar la 8 paciente din cauza generalizării și dezvoltării stării septice s-a efectuat amputația totală sau subtotală a uterului, în lotul I – 4 (5,19%) cazuri, iar în lotul II 4 (16,66%) cazuri.

Discuții

Rezultatele studiului dat ca și datele literaturii de specialitate au evidențiat că factorii predispozanți pentru dezvoltarea endometritelor puerperale sunt: travaliile prelungite, membranele rupte intempestiv, chorioamnionite, examene vaginale repetate, operații obstetricale, traumatism obstetrical, hemoragii, amplificate de unele stări particulare ca: anemia, contactul sexual, colonizarea tractului genital inferior cu germeni patogeni, patologii extragenitale [1,2,6,9].

Analizînd rezultatele primite și contrapunîndu-le cu datele din literatura de specialitate s-a apreciat ca tabloul clinic la pacientele cu endometrite după operație cezariană apare la a 5-7 zi, iar la pacientele după naștere per vias naturalis la a 9-17 zi [5,7,8].

Este important de evidențiat că cu cît mai precoce se stabilește diagnosticul cu atît mai favorabil este prognosticul pentru sănătatea reproducerii femeii.

Concluzii

1. Studiul efectuat a apreciat că factorii predispozanți pentru dezvoltarea endometritelor puerperale au fost: anamneza obstetricală complicată în $\frac{1}{3}$ cazuri, patologia extragenitală inflamatorie în $\frac{1}{3}$ cazuri și complicațiile nașterii în $\frac{1}{3}$ cazuri.
2. Endometrita puerperală se dezvoltă mai precoce la pacientele după operația cezariană - 5-7 zi, iar după naștere per vias naturalis - 9-17 zi.
- 3 Diagnosticul precoce și tratamentul complex reduc necesitatea intervenției chirurgicale.

Bibliografie

- 1 Alessandrescu D., Bănceanu S., Herghelegiu T., Trăilescu M.D./Peritonita post-partum/ Vol."Sindromul infecțios în obstetrică, consfătuire*- Satu Mare, 1998

- 2 Barna J.,Dragoş M./Peritonita post-operație cezariană în maternitatea Satu Mare/Vol.*Sindromul infecțios în obstetrică, consfătuire"- Satu Mare 1998
- 3 Cibbs R.S. Infection after caesarean section.-Clin. Obst. Gynecol.,1995,v.28
- 4 Cunningham F.G., Hauth S.C.,Strong I.D. et al.Infection morbidity fallowing caesarean section- Obst. Gynecol.,-1978 v.52.
- 5 Dargent D./Complications infectieuses/ XXXI-eme Congr.Gynecologies et Obsteticiens de langue française – J.Gynec.Obstet.Biol. Reprod., 1986, 15, p. 497.
- 6 Faro S. / Postpartumendometritis / Obst. And Ginecol., New York, 1994.
- 7 Filler L., Shipley C. F., Dennis E. J., Nelson G.H./ Postcesarean endometritis / J.S.Carolina med. Assoc.,1992, 88, p.291-295.
- 8 Luca V. / Infecția puerperală /Ed. Cerma, București, 1997.
- 9 Новый подход к лечению эндометритов после родов Кунерт А. Ф. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии 2001-2002 Том 1, номер 1; с. 45-46.
- 10 Antibiotic regimens for endometritis ofer delivery (Cochrane Review). French L . M. , Smmaill F. M.

MANAGEMENTUL NAȘTERII PER VIAS NATURALIS LA PARTURIENLE CU UTER CICATRICAL

Maxim Calaraș, Natalia Burgoci

(Conducător științific - d.m., conf. univ. Zinaida Sârbu)

Catedra Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat) USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Management of vaginal delivery in women with uterine scar

The aim of the study was to emphasize the criteria for vaginal birth in women with a history of surgical intervention on uterus. The results of the study, as well as the literature data, revealed an increase in natural birth dynamics in women with uterine scar from 13 (0.2%) to 18 (0.26%) cases, which totally corresponds with modern tendencies of obstetrics. Following this study, we have elucidated some factors that allow natural birth in women with uterine scar: one single caesarean section in anamnesis with a transverse incision in the lower part of the uterus; the scar after myomectomy is situated on the anterior wall of the uterus; absence of extragenital diseases and of aggravated obstetrical anamnesis, which served as indication for the first intervention; uterine scar competence; placement of placenta outside the uterine scar; cranial presentation of the fetus; absence of fetopelvic disproportion.

Rezumat

Studiul dat și-a propus evidențierea criteriilor pentru nașterea pe cale vaginală la femeile cu intervenții chirurgicale pe uter în antecedente. Rezultatele studiului dat ca și datele literaturii de specialitate au constatat o creștere a dinamicii nașterii per vias naturalis la femeile cu cicatrici pe uter de la 13 (0,2%) la 18 (0,26%), ceea ce corespunde tendințelor moderne ale obstetricii. În urma studiului efectuat am elucidat câțiva factori care au permis conduita nașterii per vias naturalis la femeile cu cicatrici pe uter: o singură operație cezariană în anamneză cu o incizie transversală pe uter în segmentul inferior; cicatrici pe peretele anterior al uterului după miomectomie; lipsa bolilor extragenitale și a anamnezei obstetricale complicate, care au servit ca indicație pentru prima operație; competența cicatriciului pe uter; localizarea placentei înafara cicatriciului pe uter; prezența craniană a fătului; lipsa disproporției fetopelvine.

Actualitatea temei

Conform datelor expuse de mai mulți autori, frecvența operației cezariene în țările lumii variază între 10 și 35% (în Europa 10-15% și 35 și mai mult în America Latină și SUA). [1, 5] Pe teritoriul R. Moldova frecvența operației cezariene este de la 6,7 pînă la 8%, [2, 3] iar pentru