

10. YU.M. Levin, *Endo-lymphatic and lymphotrope therapy*, Tashkent 1987.
11. Шевченко О.П., Олефиренко Г.А., *Гипергомоцистеинемия и ее клиническое значение*. М., 2002.
12. Шевченко О.П., Олефиренко Г.А., Червякова Н.В., *Гомоцистеин*, М., 2002.
13. Dumbrava V.-T., *Bolile ficatului. Scheme și tabele*. Vol.1. Chișinău, 2003.
14. Miga D.E., Roth K.S., *Hyperammonaemia: The silent Killer*. // *Southe Med.J.*, 1993, 86, 7, 742-747.
15. Newsholme P., *Glutamine and glutamate as vital metabolites*. // *Braz.J. Med. Biol.Res.*, 2003, 36, 2, 153-163.
16. Newsholme E.A., *The possible role of glutamine in some cells of the immune system and the possible consequence for the whole animal*. // *Experientia*, 1996, 52,5,455-459.
17. Zschocke J., Hoffmann G., *Vademecum Metabolicum Manual of Metabolic Paediatrics*. // Germany, GmBH, Milupa, 2004.

Rezumat

Utilizarea drenajului limfatic în tratamentul complex al pielonefritelor gestaționale facilitează o îmbunătățire a stării generale, a indicilor de laborator și o reabilitare stabilă a stării endoecologice a organismului.

Summary

Using of lymphatic drainage improve endoecological state of organism and facilitate a more rapid hailer of pregnant women with gestational pielonefritis.

RATA NAȘTERII PRIN CEZARIANĂ ȘI FACTORII CE O INFLUENȚEAZĂ

Angela Marian-Pavlenco, dr. în medicină, **Ala Burlac**, dr. în medicină, **Victor Petrov**, dr. în medicină, conf. cercet., IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, **Viorica Varodi**, medic primar, obstetrician ginecolog, Spitalul Municipal Satul Mare (România).

Operația cezariană (OC) este rezultatul final al pașilor întreprinși din momentul când nu mai este posibil de realizat acțiunile clinice recomandate. Nașterea prin cezariană este una din cele mai frecvente intervenții în cavitatea peritoneală din obstetrică-ginecologie și constituie o arie importantă a controverselor în legătură cu incidența acestei intervenții chirurgicale, care a crescut foarte mult în întreaga lume [2, 3, 4].

Actualmente, medicii au mai multe criterii care să-i ajute în luarea deciziei de a recurge la cezariană. Până la 30% din OC sunt practicate după un travaliu dificil și greoi (distocie) [2, 4]. Multe cezariene sunt efectuate în cazuri de urgență, atunci când fătul sau mama prezintă semne de suferință sau când apar complicații, ca cele ale cordonului ombilical sau ale placentei, de exemplu, placenta abruptio [7, 16]. Când există probleme cunoscute ale sarcinii sau factori de risc ce fac nașterea naturală nesigură, operația cezariană este planificată din timp [9, 11]. Exemple pentru astfel de probleme cunoscute din timp sunt fătul în poziție pelvină, placenta praevia, preeclampsia și, în unele cazuri, factori legați de o naștere cezariană anterioară [12, 15, 16]. Aproximativ o treime din nașterile cezariene sunt planificate din timp pentru femei care au mai suferit în antecedente o operație cezariană.

În ultimii 30 de ani s-a constatat o preocupare pentru sănătatea publică asociată cu sporirea ratei operației cezariene (ROC). Deși este un fenomen global, coordonarea în timp și rata sporirii au variat de la o țară la alta, de asemenea, persistând deosebirile vizibile în rate [12, 13, 14, 15].

Astfel, de exemplu, în SUA se remarcă o creștere dramatică a indicelui de OC – de la 4,5% în 1965 la 16,5% în 1980, ajungând la un nivel de 31,1% în 2006. În Rusia, proporția este următoarea: în 1985 – 3,3%, în 2002 – 15,5%, iar în 2006 – 17,9%. Această evoluție se observă și în Republica Moldova, unde ratele au sporit de la 7,1% în 2005 și 11,3% în 2007 (fig. 1).

Majoritatea discuțiilor în jurul subiectului abordat au drept scop reducerea procentului de nașteri prin cezariană [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. În 1985 OMS a declarat că depășirea ratei operației cezariene față de norma acceptată de 10-15% nu a fost asociată cu îmbunătățiri adiționale de sănătate. Afirmatia s-a bazat pe examinarea evaluărilor ratei operației cezariene și ratelor de mortalitate maternă și perinatală în diferite țări.

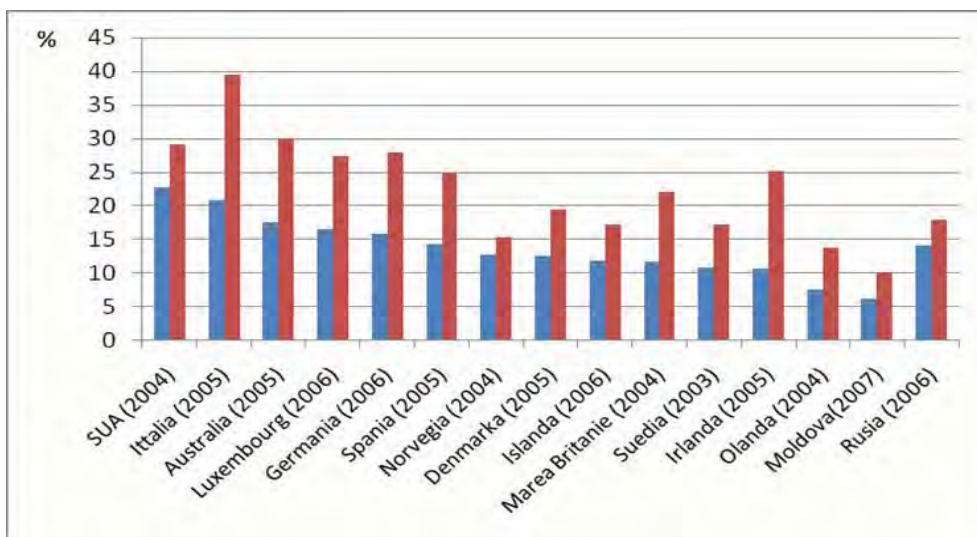


Fig.1. Rata OC în diferite țări

Scopul studiului constă în stabilirea ponderii factorilor ce influențează nașterea prin cezariană în IMSP ICȘDOSMșiC.

Materiale și metode. Subiectul abordat în acest articol se bazează pe un studiu primar al literaturii de specialitate și studiilor de cercetare. La examinarea literaturii s-a urmărit scopul de a identifica și sintetiza toate evidențele relevate în literatură, pentru a elucidă problemele clinice specifice.

Totodată, în scopul de a explica sporirea ratei OC, s-a recurs la examinarea acestui fenomen în cadrul unor indicatori clinici concreți. Astfel, am clasificat femeile în funcție de următoarele manifestări clinice: paritate, operație cezariană precedentă, sarcină multiplă, prezentația, gestația. Rata OC este examinată în cadrul acestor grupe.

Analiza indicatorilor clinici a fost efectuată conform datelor formularului statistic *Darea de seamă nr. 32A-săn. anuală "Privind asistența medicală acordată parturientelor și lăuzelor"* pe perioada 2005-2008, iar pentru a asigura calitatea datelor a fost elaborată o anchetă specială. Rezultatele obținute sunt prezentate și analizate în raport cu evidențele relevate în literatură.

Analiza tuturor datelor a fost efectuată utilizând programul STATA 7.0. Pragul de semnificație mai mic de 0.05 este considerat statistic semnificativ.

Rezultate și discuții. Analizând tendințele diferitor metode de naștere aplicate în IMSP ICȘDOSMșiC pe parcursul anilor 2005-2008, se constată o creștere semnificativă a ROC, cu o dinamică de la 13,8% până la 24,1%. De asemenea, se constată că sporirea ROC nu a condus la scăderea corespunzătoare a ratei nașterilor vaginale operatorii, menținându-se la nivelul de 2-3%. Astfel, rata nașterilor vaginale spontane a scăzut de la 83,9% până la 75,2% (RR= 0,89, 95% CI: 0.87-0.95) (fig. 2).

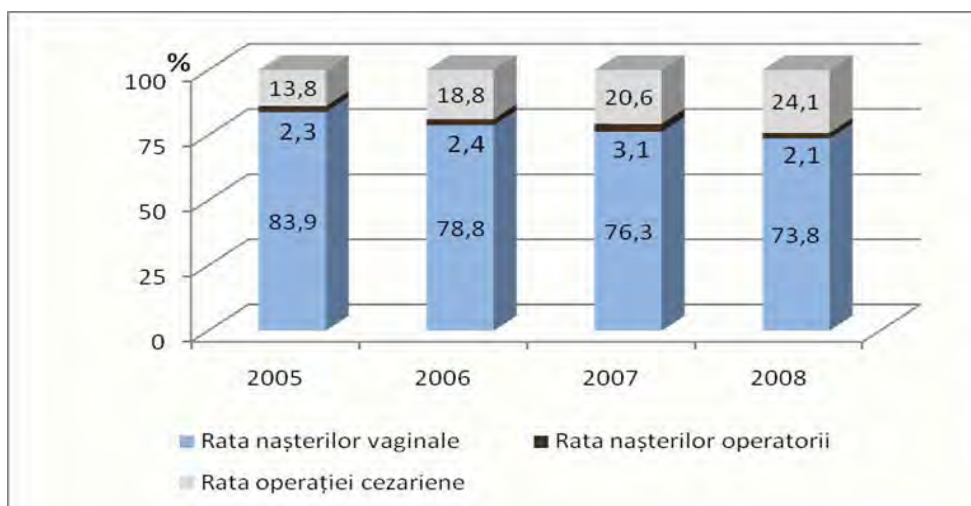


Fig. 2. Dinamica ponderii metodelor de naștere

De menționat că sporirea ratei nașterilor prin cezariană pe parcursul anilor luați în studiu nu este în corelare directă cu rata mortalității perinatale (MP). Astfel, dacă pe parcursul anilor 2005-2007 concomitent cu creșterea ROC se remarcă o micșorare a MP, atunci în ultimul an, deși a sporit ROC, RMP a crescut de la 22,3‰ până la 28,6‰ (fig. 3). Această situație este și mai accentuată în cazul analizei corelării ratei mortalității perinatale cu rata mortalității intranatale.

Astfel, cu toate că din an în an se efectuează mai multe operații cezariene (ROC a crescut de la 18,8% în 2006 până la 20,6% în 2007 și până la 24,1 în 2008), mortalitatea intranatală (MIN), începând cu anul 2006, se află într-o creștere lentă permanentă (de la 2,6‰ până la 4,7‰).

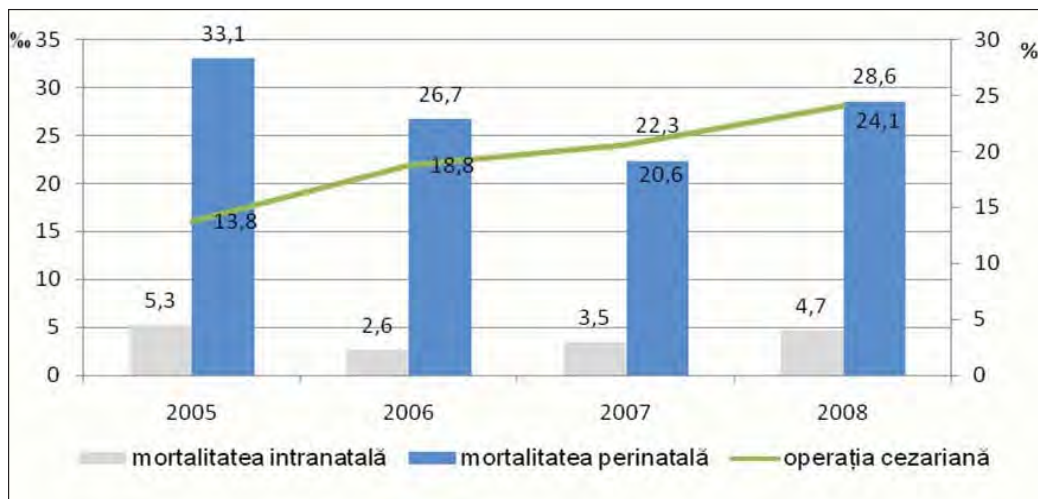


Fig.3. Indicators perinatali și rata operației cezariene

Rezultatele obținute confirmă opinia mai multor specialiști din domeniu, conform căreia studiarea aspectelor perinatale ale operației cezariene, ca o metodă de protecție a fătului în naștere, nu trebuie să fie limitată numai la cifrele mortalității perinatale [2]. Este necesar să se analizeze corelarea dintre dinamica ROC și MIN, determinată nemijlocit de metoda de naștere.

În baza celor constatate anterior putem presupune că în conduita nașterii nu este apreciată adecvat starea intrauterină a fătului (subaprecierea stărilor de suferință intranatală, în unele cazuri, și hiperactivitatea operatorie neargumentată, în alte cazuri).

Analizând dinamica deceselor copiilor în OC, se constată o tendință descendentă a ratei mortalității în ultimul an, de la 31,8‰ până la 19,5‰ (fig. 4). Rezultatele obținute denotă îmbunătățirea tehnicii OC și a condițiilor de îngrijire a nou-născuților în anul 2008.

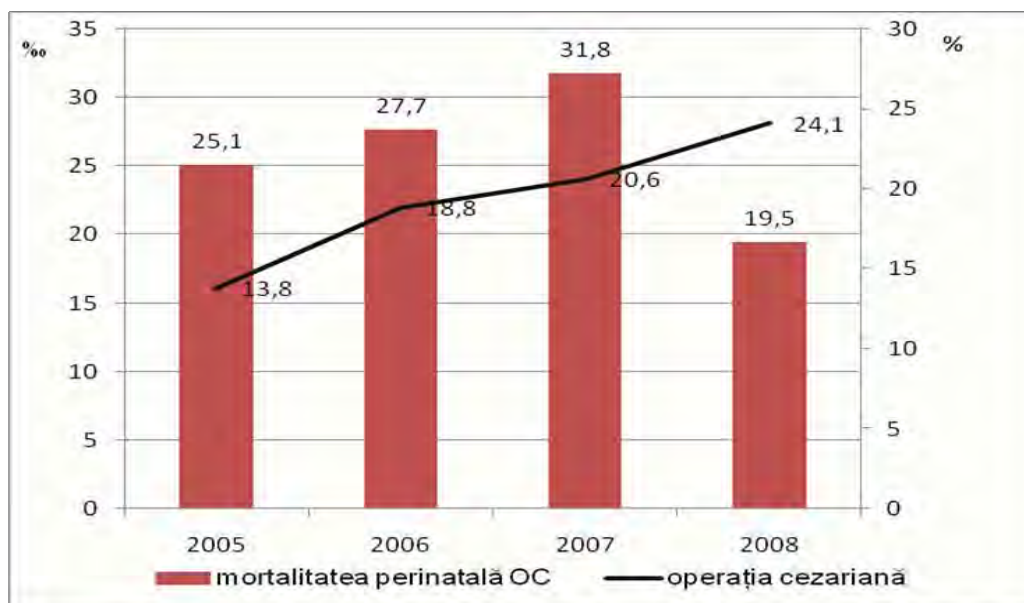


Fig. 4. Dinamica deceselor copiilor în OC

De asemenea, se constată că decesele copiilor în OC s-au redus datorită OC efectuate în cazul gestațiilor în termen. Raportul pierderilor perinatale în funcție de termenul de gestație este prezentat în figura 5.

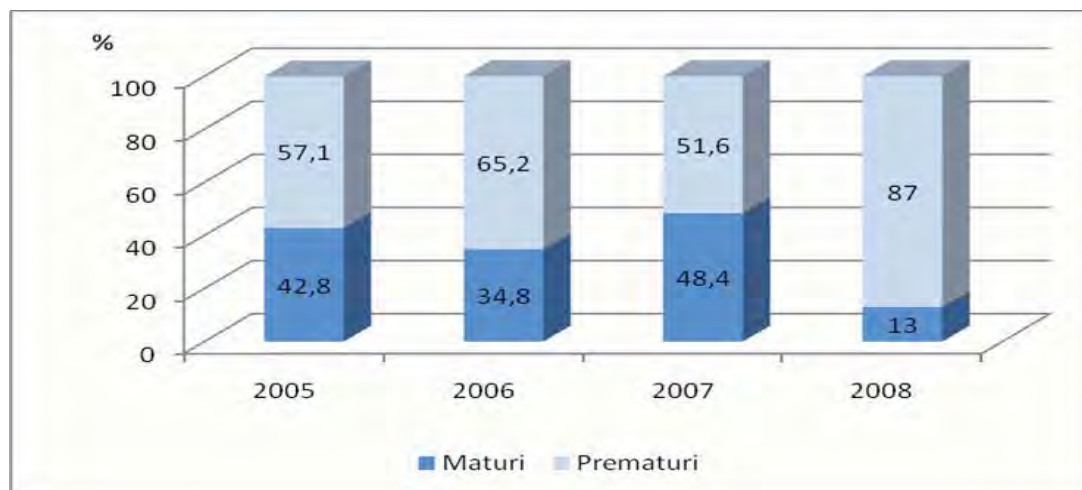


Fig. 5. Raportul pierderilor perinatale în funcție de termenul de gestație

Pentru explicarea creșterii ratei OC, am estimat ponderea celor mai frecvenți factori clinici care motivează indicația primară a nașterii prin OC. Au fost studiate: OC repetată, distocia, suferința fetală, prezența pelvină, prezența incorectă, prezența placentară, decolarea de placenta normal inserată.

Din fig. 6 se poate vedea că cea mai frecventă indicație pentru OC este OC repetată (22,6%), urmată de distocie (16,4%) și prezența pelvină (14,7%). De menționat că în ultimul an frecvența distociei în indicațiile OC are cea mai mare tendință de creștere (de la 11,4% la 16,4%).

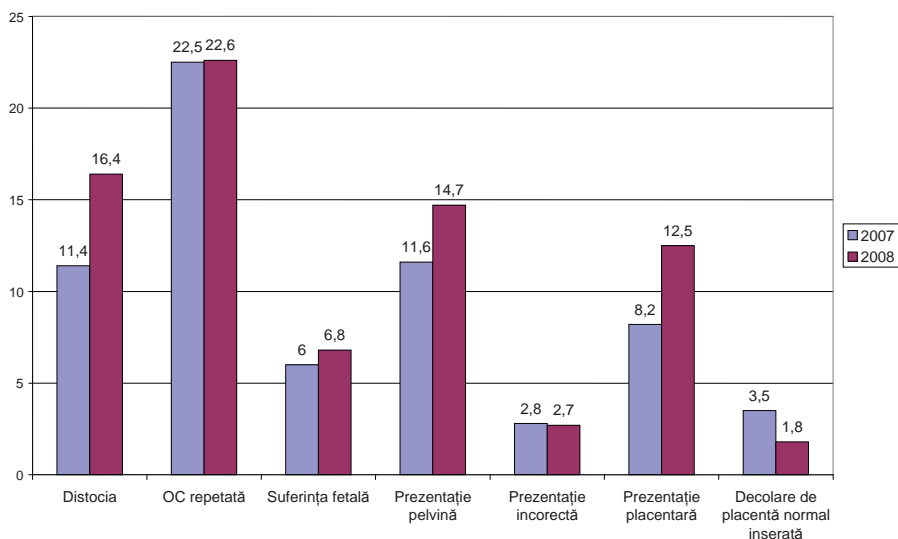


Fig. 6. Frecvența indicațiilor primare în OC

În contextul studiului ratei nașterii prin cezariană am analizat și tendințele OC urgente și celor planice. Se observă că ROC urgente a crescut de la 8,7% în 2005 până la 15,7% în 2008 (RR= 1.76, 95% CI: 1.72 – 1.80), iar OC planică a crescut de la 5,1% în 2005 până la 8,4% în 2008 (RR = 1.64, 95% CI: 1.60 – 1.68).

Conform datelor din tabelul 1, OC urgentă se practică mai frecvent decât cea planică. Totodată, creșterea ratei OC urgente este mai mare decât a celor planice în anul 2008 față de anul 2005 (80% urgente față de 65% planice). Aceste date nu corelează cu cele prezentate de alte țări cum ar fi Canada, SUA (15% OC urgente față de 45% planice).

Tabelul 1

Numărul și rata OC urgente și planice în ICȘDOSMșiC, 2005-2008

Anul	Nr. total nașteri	Rata OC		Riscul relativ (95%CI)
		Număr	Rata (%)	
URGENTĂ				
2005	4034	352	8,7	1,00
2006	4409	479	10,9	1,25(1.39-1.47)
2007	4711	631	13,4	1,54 (1.50-1.58)
2008	4889	768	15,7	1,80 (1.72-1.80)
PLANICĂ				
2005	4034	205	5,1	1,00
2006	4409	351	8,0	1,57(1.53-1.61)
2007	4711	342	7,3	1,43 (1.39-1.47)
2008	4889	412	8,4	1,65 (1.60-1.68)

Analiza ratei OC primare și repetate în ultimii doi ani (tab. 2) ne demonstrează o dinamică contradictorie a acestora. Astfel, la femeile cu OC primară, rata acestei intervenții, practic, este aceeași pe parcursul anilor 2007-2008 (29,7-29,4%); (RR= 0.98, 95% CI: 0.94 – 1.02), în timp ce rata gravidelor cu OC repetată a cunoscut o creștere de la 10,1% în 2007 până la 14,9% în 2008 (RR= 1.47, 95% CI: 1.43 – 1.51).

Tabelul 2

Numărul și rata OC primare și repetate în ICȘOSMșiC, 2007-2008

Anul	Nr. total nașteri	Rata OC		Riscul relativ (95%CI)
		Număr	Rata (%)	
PRIMARĂ				
2007	2537	754	29,7	1,00
2008	3108	913	29,4	0,98 (0.94-1.02)
REPETATĂ				
2007	2174	219	10,1	1,00
2008	1781	267	14,9	1,47(1.43-1.51)

Este necesar de menționat că creșterea ROC este motivată și de alți factori cum ar fi vârsta, paritatea, starea obstetricală, starea de sănătate a mamei, în special hipertensiunea arterială indusă de sarcină (HIS), indicațiile obstetricale [2].

Astfel, în tendința generală de scădere a fertilității, declinul fertilității femeilor sub 30 de ani este mult mai accentuat. Tot mai multe femei tinere doresc să nască copii mai târziu sau, în genere, să aibă mai puțini copii. În consecință, deși numărul absolut al femeilor mai în vârstă nu a sporit, totuși ele alcătuiesc o proporție mai mare în maternitate (în 2007 – 0,7% din numărul primiparelor peste 30 de ani, iar în 2008 – 2,6%). Situația menționată anterior argumentează necesitatea unui studiu mai amănunțit al dependenței ROC de vârsta gravidelor.

Referitor la paritate, se constată că în anul 2008, în ICȘDOSMșiC, 63% din totalul de femei purtau prima sarcină cu ROC de 26,6. La celelalte femei, adică cu paritate ≥ 1 , ROC este de 23,3%.

Riscul OC la prima sarcină (RR=1.28, 95% CI: 1.24 – 1.33) se deosebește de riscul la sarcinile ulterioare (RR =1.13, 95% CI: 1.11 – 1.18) (tab. 3). Rata OC este mai joasă la femeile care au născut anterior doar pe cale vaginală 8,3% (RR=0.79, 95% CI: 0.75 – 0.83). Rata OC este mai înaltă la fe-

meile cu OC anterioară (RR=1.47, 95% CI: 1.43 – 1.51). Astfel, creșterea procentajului femeilor cu OC anterioară va determina sporirea disproporționată a ratei OC absolute.

Tabelul 3

Numărul și rata OC în funcție de paritate în ICȘOSMșiC, 2007-2008

Anul	Nr. total nașteri	Rata OC		Riscul relativ (95%CI)
		Număr	Rata (%)	
NULIPARE				
2007	2537	525	20,7	1,00
2008	3108	765	26,6	1,28 (1.24–1.33)
PARITATE ≥1				
2007	2174	448	20,6	1,00
2008	1781	415	23,3	1,13 (1.11–1.18)

O proporție foarte mică din gravide au sarcină multiplă, cu toate că incidența acestora se caracterizează printr-o sporire lentă de la 2,9 % în 2007 până la 3,2% în 2008. Totodată rata OC în sarcinile multiple, practic, rămâne la același nivel, atât pentru anul 2007, cât și pentru anul 2008 și constituie 28%, pe când rata OC în sarcina monofetală a crescut de la 19,8% în 2007 până la 23,9 în 2008.

Referitor la starea sănătății gravidelor, se constată că în anul 2008 8,3% de gravide au suportat HIS, dintre care la 13% s-a efectuat OC. Se remarcă o prevalență față de anul 2007, când din 8,5% gravide cu HIS au fost operate doar 11% (RR=1,18, 95% CI: 1.15 – 1.23).

Concluzii

În baza celor constatate în acest articol se structurează următoarele concluzii și recomandări:

1. În ultimii patru ani, în IMSP ICȘDOSMșiC a crescut ROC de la 13,8% până la 24,1%, cu indicația cea mai frecventă pentru aceasta: OC repetată (22,6%), urmată de distocie (16,4%) și prezența pelvină (14,7%), distocia având cea mai pronunțată tendință de creștere.

2. Cu toate că din an în an se efectuează mai multe operații cezariene, mortalitatea intranatală (MIN), începând cu anul 2006, se află într-o creștere lentă permanentă (de la 2,6‰ până la 4,7‰), situație cauzată de aprecierea neadecvată a stării intrauterine a fătului (subaprecierea stărilor de suferință intranatală, în unele cazuri, și hiperactivitatea operatorie neargumentată, în alte cazuri).

3. Actualmente, OC urgente se practică mai frecvent decât cele planice, însă creșterea ratei OC urgente, în anul 2008 față de anul 2005, este mai mare decât a ratei celor planice (80% urgente față de 65% planice), ceea ce contravine tendințelor prezentate de alte țări cum ar fi Canada, SUA (15% urgente față de 45% planice).

4. Rata OC este mai joasă la femeile care au născut anterior doar pe cale vaginală, RR fiind de 0.79, în anul 2008 raportat la anul 2007, iar ROC, la femeile cu OC anterioară, este mai înaltă cu RR=1.47 în anul 2008 raportat la 2007, astfel, creșterea procentajului femeilor cu OC anterioară va determina sporirea disproporționată a ratei OC absolute.

Bibliografie selectivă

1. Anim-Somuah M., R. Smyth and C. Howell, *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour*. Cochrane Database Syst Rev, 2005(4): p. CD000331.
2. Chaillet N. and A. Dumont, *Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis*. BIRTH, 2007. 34(1): p. 53-64.
3. *Canadian Institute of Health Information. Giving Birth in Canada: Regional Trends from 2001-2002 to 2005-2006-2007* [cited 2007 August 3].
4. Depp R., *Cesarean Delivery, in Obstetrics: Normal and Problem Deliveries*, S. Gabbe, J. Neibyl and J. Simpson Editors. 1996, Churchill Livingstone: New York. p. 561-642.
5. Gray R. et al., *Caesarean delivery and risk of stillbirth in subsequent pregnancy: a retrospective cohort study in an English population*. BJOG, 2007. 114: p. 264-270.

6. Hannah M., *Planned elective cesarean section: a reasonable choice for some women?* Can Med Assoc J, 2004.170: p. 813-16.
7. Hemminki E. J. Shelly and M. Gissler, *Mode of delivery and problems in subsequent births. A register-based study from Finland.* . Am J Obstet Gynecol, 2005. 193(169-77.): p. 169-77.
8. Hemminki E., *Impact of cesarean section on future pregnancy.* Paed Perinat Epidemiol, 1996. 10: p. 366-70.
9. Joseph K. et al., *Changes in maternal characteristics and obstetrics practice and recent increases in primary cesarean delivery.* Obstet Gynecol, 2003. 102: p. 791-800.
10. Kennare R. et al., *Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery.* Obstet Gynecol, 2007. 109: p. 270-6.
11. Liu S. et al., *Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery.* Obstet Gynecol, 2005.
12. McMahon M. et al., *Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section.* New Engl J Med, 1996. 335: p. 689-95.
13. *Reproduction and Women's Health.* International Federation of Gynecology and Obstetrics. Int J Gynaecol Obstet, 1999. 64: p. 317-22.
14. Sachs B.P. et al., *The risks of lowering the cesarean-delivery rate.* N Engl J Med, 1999. 340(1): p. 54-7.
15. Schenker J. and J. Cain, *FIGO Committee Report: FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human.*
16. Yang Q. et al., *Association of cesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy.* BJOG, 2007. 114: p. 609-613.

Rezumat

În articol este prezentată analiza dinamicii ratei operațiilor cezariene pentru condițiile IMSP ICȘDOSMșiC, a factorilor ce influențează ROC și corelarea dintre mortalitatea perinatală și ROC. O atenție sporită se acordă studiului dinamicii deceselor copiilor în OC, raportului pierderilor perinatale în funcție de termenul de gestație și frecvenței indicațiilor primare în OC.

Summary

In this article are presented the analysis of the rate of the cesarean section (RCS) in conditions of ISRDMCH, causative factors that influences RCS and correlation among the perinatal mortality and RCS. High attention is granted to the study of child mortality in CS, the correlation of perinatal loss in dependence to term of gestation and frequency of major CS indications.

RESTRICȚIA DE DEZVOLTARE INTRAUTERINĂ A FĂTULUI: EVOLUȚIA SARCINII ȘI NAȘTERII

**Corina Iliadi-Tulbure, dr. în medicină, Uliana Tabuica, dr. în medicină,
USMF „Nicolae Testemițanu”**

Introducere. Retardul de dezvoltare intrauterină (RDIU) a fătului constituie o problemă medico-socială importantă în cadrul obstetricii și perinatologiei contemporane, determinată de influența asupra nivelului indicilor perinatali.

Interesul pentru problematica RDIU a fătului se află în ascensiune continuă, fapt determinat de incidența sporită a nașterii copiilor hipotrofici (3-7% cazuri în țările dezvoltate și până la 30% în cele în curs de dezvoltare) și de progresele insuficiente în managementul RDIU a fătului [1, 4, 6, 8].

Retardul fetal constituie a 3-a cauză de mortalitate perinatală după prematuritate și malformații congenitale, fiind de 4–8 ori mai mare decât în sarcina fiziologică [2, 4, 6]. Literatura de specialitate dispune de argumente certe referitoare la influența RDIU asupra nivelului morbidității nou-născutului și în special a adultului născut cu masa mai mică decât cea preconizată [3, 4, 5].

Complexitatea problemei este determinată și de asocierea frecventă a acțiunii factorilor etiopatogenetici materni, fetalii, placentari, de mediu.