

CONTRIBUȚIILE ASISTENȚEI MORFOPATOLOGICE ÎN EVALUAREA LETALITĂȚII LA COPII

Lilia Sinițana¹, dr. în medicină, **Vergil Petrovici**¹, medic morfopatolog, **Valeriu David**¹, dr. în medicină, **Ștefan Samciuc**¹, medic morfopatolog, **Vasile Rusu**¹, dr. în medicină, **Victor Rusu**², medic morfopatolog, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului¹, IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1²

Actualitate. Asistența Morfopatologică (AM) în patologia copilului este o latură a medicinei contemporane, una din disciplinele medicale clinico-diagnostice, a cărei activitate este bazată pe succesele remarcabile obținute în diferite domenii științifico-practice, verigă principală și fundamentală în studierea proceselor patologice și a maladiilor apărute atât în perioadele de dezvoltare intrauterină, cât și pe parcursul creșterii și maturizării copilului [3, 4].

O direcție importantă a asistenței morfopatologice în cadrul procesului curativ-diagnostic la copii o constituie investigațiile complexe morfopatologice ale letalității, ceea ce deschide posibilități incontestabile în obținerea unor informații autentice despre etiopatogeneza morbidității, letalității și cauzei nemijlocite a decesului, efectuarea unui diagnostic diferențiat eficace, aprecierea evoluției, dinamismului și pronosticului proceselor patologice, fapt ce contribuie la evidența maladiilor, structurizarea nozologică a acestora, formularea unor concepții despre evoluția și patomorfoza maladiilor, stabilirea noilor unități nozologice [1].

Scopul. Evaluarea letalității în cadrul AM și a proceselor patologice și maladiilor care defavorizează perioadele de dezvoltare, creștere și maturizare a copilului, aprecierea dinamismului și pronosticului afecțiunilor în procesul curativ-diagnostic de profil.

Material și metode. Studiul efectuat a inclus analiza retrospectivă a proceselor- verbale (fișelor) de investigație morfopatologică (formular 013-1/e) a 787 de cazuri de decese la copii investigate în Secția Anatomie Patologică Centralizată (SAPC) a IMSP ICȘDOSMșiC în perioada 2006–2008. Defuncții aveau vârsta cuprinsă între 22 săptămâni de gestație și 18 ani. Explorările morfopatologice au fost efectuate conform standardului, prin aplicarea investigațiilor macroscopice de antropometrie, organometrie, macrometrie cu efectuarea în 100% din cazuri a cercetărilor histologice ale speciemenelor tisulare din organele interne și encefal, prin utilizarea metodelor de fixare cu sol. Formol 10% și de colorație uzuală (hematoxilină și eozină, van Gieson cu picrofuxină), histiobacterioscopie (azur și eozină) și examinări bacteriologice.

Rezultate și discuții. Rezultatele studiului retrospectiv efectuat pe un eșantion de 787 cazuri de decese, survenite în diverse perioade de dezvoltare a copilului, au relevat că letalitatea maximă s-a înregistrat la copiii decedați în perioada de vârstă 0-18 ani – 69,4% din cazuri, iar letalitatea în lotul mort-născuților a constituit 30,6%.

Conform studiului efectuat, letalitatea în lotul decedaților, în funcție de profilul curativ-diagnostic, scoate în evidență predominarea profilului obstetrico-neonatal (47,0%), constituit în majoritate de letalitatea perioadei perinatale (*fig. 1*).

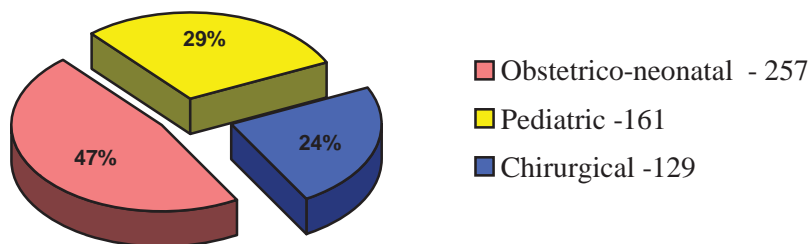


Fig. 1. Repartiția letalității după profil

Repartiția letalității conform perioadelor de dezvoltare a stabilit că ponderea majoră în letalitatea copilului a revenit letalității perioadei perinatale, oscilând între 73,1% și 74,5 %, preponderent în perioada neonatală precoce (*tab. 1*).

Repartiția letalității după ani și perioade

Repartiția pe ani	Nr. total al investigațiilor	Letalitatea perinatală (22 s/gest-7 zile neonatale)		Letalitatea infantilă	Letalitatea postinfantilă
		Mort-născuți	Nou-născuți		
2006	278	86 (30,9%)	121 (43,5%)	181 (65,1%)	12 (4,3%)
2007	264	89 (33,7%)	114 (43,2%)	163 (61,7%)	12 (4,5%)
2008	245	66 (26,9%)	113 (46,1%)	168 (68,6%)	11 (4,5%)
Total	787	241 (30,6%)	348 (44,2%)	512 (65,1%)	35 (4,4%)

De menționat că letalitatea infantilă este direct influențată de letalitatea perinatală, în special de cea neonatală precoce, înregistrând de asemenea rate relevante (61,7% și 68,6%). Conform datelor anului 2008, letalitatea neonatală precoce a manifestat o diminuare, alcătuind 67,3% din letalitatea infantilă, comparativ cu anul 2007 – 70,0% din cazuri. Un indice nu mai puțin determinant în favorizarea ponderii letalității perinatale și infantile l-a constituit *prematuritatea*, care a oscilat între 64,7% și 73,8%. Din același tabel se observă că letalitatea postinfantilă, în lotul de studiu, a înregistrat o frecvență minimă, constantă pe parcursul anilor evaluați, oscilând între 4,3% și 4,5%. Evaluarea diagnosticului morfopatologic, care în cea mai mare parte a fost formulat în baza principiului etiopatogenic, a relevat evoluția proceselor patologice și a maladiilor cu rol decisiv în tanatogeneză. Pentru reflectarea patologiei depistate conform capitolelor CIM-10 și aprecierea dinamismului acestora pe ani, ele au fost grupate și repartizate conform tabelului 2. Tabelul repartizării afecțiunilor pe ani demonstrează predominarea patologiei incluse la Capitolul XVI „Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală”. Afecțiunile determinante incluse la acest capitol manifestă o frecvență care oscilează de la 30,7% (2007) până la 0,4% (anul 2008), cu ponderea majoră a următoarelor afecțiuni: 1) *Infecții specifice perioadei perinatale*; 2) *Tulburări respiratorii și cardiovasculare specifice perioadei perinatale*; 3) *Tulburări hemoragice și hematologice ale fătului și nou-născutului*; 4) *Traumatismele obstetricale* (fig. 2).

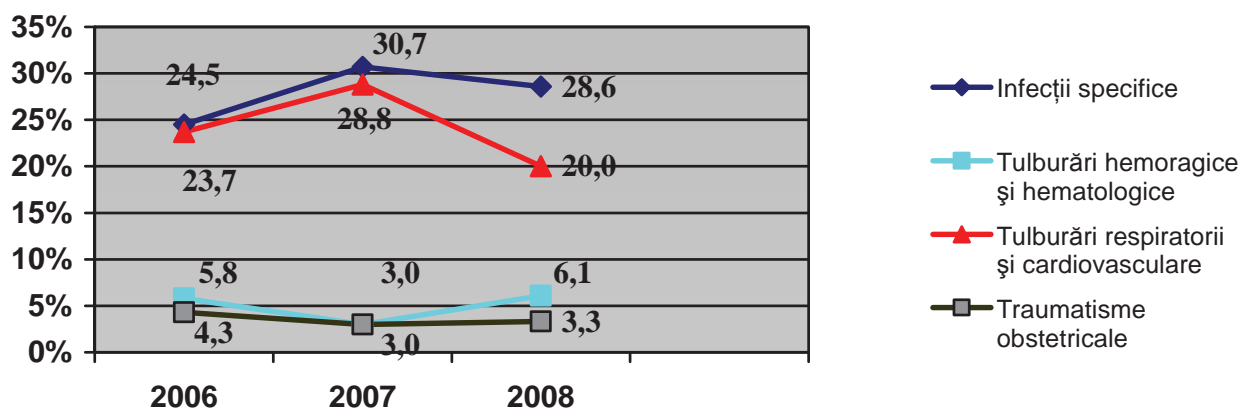


Fig. 2. Repartiția afecțiunilor determinante în perioada perinatală pe ani

Repartiția afecțiunilor patologice pe ani conform CIM-10

Indicii letalității generale	Perioada		
	2006 abs, %	2007 abs, %	2008 abs, %
Capitolul XVI. Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală din ele:	168	177	148
– Tulburări respiratorii și cardiovasculare specifice perioadei perinatale	66(23,7%)	76(28,8%)	49(20,0%)

– Traumatismele obstetricale	12(4,3%)	8(3,0%)	8(3,3%)
– Infecții specifice perioadei perinatale	68(24,5%)	81(30,7%)	70(28,6%)
– Tulburări hemoragice și hematologice ale fătului și nou-născutului	16(5,8%)	8(3,0%)	15(6,1%)
– Tulburări endocrine și metabolice tranzitorii specifice fătului și nou-născutului	-	2(0,8%)	3(1,2%)
– Tulburări ale aparatului digestiv al fătului și nou-născutului	1(0,4%)	-	2(0,8%)
– Alte afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală	5(1,8%)	2(0,8%)	1(0,4%)
Capitolul XVII. Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	85(30,6%)	59(22,3%)	84(34,3%)
Capitolul I. Boli infecțioase și parazitare	6(2,2%)	12(4,5%)	3(1,2%)
Capitolul II. Afecțiuni tumorale maligne și benigne	5(1,8%)	7(2,7%)	5(2,0%)
Capitolul III. Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismului imunitar	1(0,4%)	1(0,4%)	-
Capitolul IV. Bolile endocrine de nutriție și metabolism	2(0,7%)	2(0,8%)	-
Capitolul VI. Bolile sistemului nervos	5(1,8%)	-	-
Capitolul X. Bolile aparatului respirator	2(0,7%)	3(1,1%)	1(0,4%)
Capitolul XI. Bolile aparatului digestiv	4(1,4%)	2(0,8%)	2(0,8%)
Capitolul XIII. Bolile sistemului osteo-articular, mușchilor și țesutului conjunctiv	-	1(0,4%)	-
Capitolul XIV. Bolile sistemului genito-urinar	-	-	1(0,4%)
Capitolul XX. Cauze externe de morbiditate și mortalitate	-	-	1(0,4%)
Total	278	264	245

Totodată, letalitatea generală scoate în evidență ponderea înaltă a malformațiilor congenitale cu o tendință alarmantă spre creștere, oscilând pe parcursul ultimilor 3 ani (2006 – 30,7%, 2007 – 22,3%, 2008 – 34,3%), cu înregistrare maximă în anul 2008. Unul din factorii care condiționează nivelul sporit al incidenței malformațiilor congenitale atestate în lotul de studiu este concentrarea investigațiilor morfopatologice în secția morfopatologică de profil pediatric. În paralel cu ponderea viciilor congenitale, s-a constatat apariția în structura letalității a afecțiunilor tumorale, care au oscilat între 1,8% și 2,3%, fiind întâlnite și la examinările histologice ale țesuturilor în cadrul unor malformații congenitale prin prezența structurilor tumorale (microleiomioame, gamartroame, microadenoame, limfohemangioame, meduloblastom etc.), care au atins incidența de 0,5% și 2,1% din cazuri, ceea ce, în opinia noastră, reclamă o atenție deosebită în efectuarea unor studii mai aprofundate asupra factorului teratogen.

Afecțiunile clasate la alte capitole ale CIM-10 au oscilat între 0,4% și 4,5%, preponderent în perioada infantilă și postinfantilă, cele mai frecvente fiind *Afecțiunile infecțioase și parazitare* (1,2% și 4,5%) cu predominarea afecțiunilor septice – 80,9% (din 21 de cazuri), confirmate prin examinări bacteriologice cu depistarea florei mixte (*Kl. pneumoniae*, *Ent. aglomerans*, *Ent. cloacae*, *Ps. aeruginosa*, *Asperghelios*, *Candida albicans*) sau cu predominarea uneia în 57,1% cazuri – *Kl. pneumoniae*.

Evaluarea comparativă a ponderii afecțiunilor predominante și celor tumorale pe perioade în structura letalității perinatale și infantile a relevat repartitia expusă în *tabelul 3*.

Tabelul 3

Repartiția în perioada perinatală și infantilă a celor mai frecvente patologii

<i>Incidența afecțiunilor predominante</i>	<i>Letalitatea perinatală (22 s/gest.-7 zile neonatale)</i>		<i>Letalitatea infantilă</i>
	<i>mort-născuți</i>	<i>nou-născuți</i>	
Letalitatea generală a patologiilor, cifre absolute	589		512
Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	45 (7,7%)	133 (22,6%)	175 (34,2%)

Infecții specifice perioadei perinatale	50 (8,5%)	112 (19,0%)	169 (33,0%)
Tulburări respiratorii și cardiovasculare specifice perioadei perinatale	128 (21,7%)	56 (9,5%)	63 (12,1%)
Afecțiuni tumorale maligne și benigne	3 (0,5%)	4 (0,7%)	11 (2,6%)

Din același tabel se observă că în lotul mort-născuți al letalității perinatale prevalează *Tulburările respiratorii și cardiovasculare în perioada perinatală* cu 21,7%, urmate de *Infecțiile specifice perioadei perinatale* (8,5%). Acestea din urmă, ca indici semnificativi, se atestă și în perioada neonatală precoce, cu reflecție în letalitatea infantilă (19,0%), adesea sub formă de septicemie neonatală. Totodată, în 14% din cazuri ale letalității infantile este vorba de infecțiile specifice perioadei perinatale. Ținând cont de rata înaltă a agenților patogeni depistați în perioada infantilă cum ar fi *Kl. pneumonia* și *Ps. aeruginosa*, putem evidenția rolul infecției nozocomiale în această categorie de nozologii. În paralel, evaluarea procesului curativ-diagnostic și a rezultatelor investigațiilor efectuate ale placentelor și anexelor (577 placentes de la copii decedați din lotul de studiu) în perioada perinatală demonstrează elocvent prezența unor stări patologice cu rol determinant în tanatogeneză, nivelul de maturizare și retardul fetal, a căror pondere este reflectată în *tabelul 4*.

Tabelul 4

Repartiția unor afecțiuni și stări defavorizante cu rol în tanatogeneză

Denumirea stărilor patologice <i>Perioada de gestație</i>	2006		2007		2008		Total
	<i>prematuri</i>	<i>maturi</i>	<i>prematuri</i>	<i>maturi</i>	<i>prematuri</i>	<i>maturi</i>	
I. Patologiile extragenitale la mamă	19	1	15	4	10	5	54
II. Patologia ginecologică	4	-	2	-	3	-	9
III. Patologia sarcinii actuale (eclampsie, sindrom de transfuzie placentară, deces antenatal al unuia din duplex etc.)	10	1	5	3	20	1	40
IV. Patologia placentei	97	39	105	49	156	32	478
V. Patologia apărută în travaliu cu deces perinatal și neonatal	15	10	21	6	9	4	65
VI. Tumori placentare	3	1	2	2	7	4	19
Total	148	52	150	64	205	46	665

Unele din cele mai hotărâtoare patologii sau stări patologice care au influențat direct tanatogeneza au fost patologiile placentei evaluate în sarcini, care au contribuit la evoluția nașterilor premature și consecințelor grave la făt în perioada postnatală (*tab. 5*).

Tabelul 5

Repartiția patologiilor placentei evaluate în sarcină

<i>Total investigați IMSP ICȘDOSMșiC</i>	2006	2007	2008
Afecțiunile inflamatorii infecțioase intrauterine ale placentei	64 (32,0%)	63 (29,4%)	75 (32,6%)
Disfuncțiile placentare de divers grad	51 (25,5%)	55 (25,7%)	65 (27,7%)
Malformațiile de placenta și cordon	42 (13,1%)	45 (21,0%)	39 (16,6%)
Angiopatiile circuitului feto-placentar, tromboembolism	28 (10,6%)	29 (13,6%)	31 (13,2%)
Decolarea precoce parțială sau totală a placentei	3 (1,5%)	8 (3,7%)	5 (2,1%)
Alte cauze (strangularea prin circulare sau torsiune de cordon, nod veritabil sau comprimări prin prolabare etc.)	4 (2,0%)	5 (0,9%)	9 (3,8%)
Tumori placentare	7 (3,5%)	9 (4,2%)	11 (4,7%)
Total	200	214	235

Frecvența înaltă (29,4% și 32,6%) a afecțiunilor inflamatorii în placentele investigate ale mort-născuților și nou-născuților decedați în perioada neonatală precoce, morfologic manifestate prin lezi-

uni inflamatorii acute, productive, infiltrativ-sclero-cicatriceal, alterativ-distructiv și afectarea de divers grad a circulației fetale placentare, spațiilor intervulare și a cordonului ombilical, atribuie acestor patologii rolul factorului decisiv în evoluția postnatală a pneumoniilor și septicemiilor neonatale.

De menționat de asemenea rata foarte înaltă a disfuncțiilor placentare (25,5% și 27,7%). Totodată, destul de frecvent s-au atestat malformațiile placentei și anexelor cu grad divers de dereglare a circulației fetoplacentare, fapt ce indirect explică rata înaltă a malformațiilor congenitale în perioada neonatală.

Rezultatele evaluării procesului curativ-diagnostic în cadrul asistenței morfopatologice relevă în aceste perioade letalitatea determinată de malformațiile congenitale, care a înregistrat o dinamică progresivă în cadrul perioadelor evaluate: 7,7% la mort-născuți, 22,6% în lotul neonatal și 34,2% în perioada infantilă, având la bază malformații izolate, multiple și anomalii cromozomiale (fig. 3).

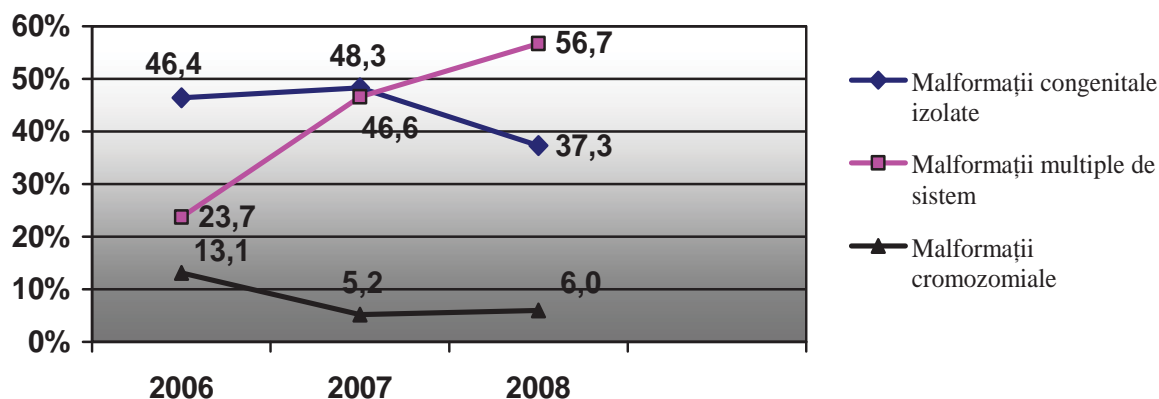
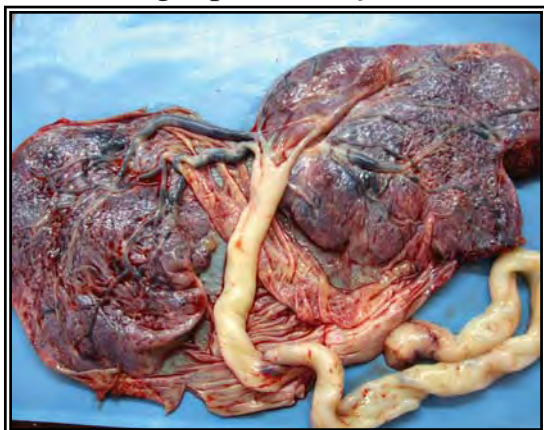


Fig. 3. Ponderea malformațiilor pe ani

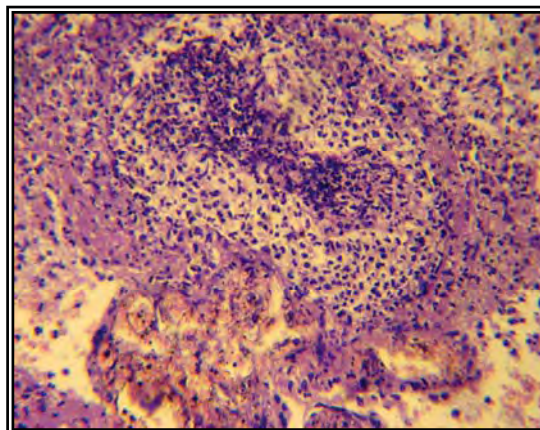
Pe lângă obiectivul de bază – evaluarea letalității prin aprecierea structurii afecțiunilor, complicațiilor decisive în tanatogeneză, evidența patologieilor rar întâlnite, evoluției noilor nozologii și dinamismului lor în structura letalității etc. – o altă sarcină a asistenței morfopatologice, conform actelor normative și recomandărilor în vigoare [2, 3], constă în aplicarea unor metode de efectuare a analizei calității procesului curativ-diagnostic, cum ar fi analiza formulării corecte a diagnosticului pe principii etiopatogenetice, evaluarea procentuală a divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel morfopatologic, clasarea nozologiilor conform CIM-10, reflectarea categoriilor și cauzelor de divergență, inclusiv relevarea unor indici de apreciere a calității diagnosticului clinic.

Unele reflecțiuni ale patologieilor și afecțiunilor constatate în cadrul procesului clinico-diagnostic de asistență morfopatologică

a) Patologia placentei și anexelor



Malformație a placentei în sarcină 37-38 săptămâni. Placenta bilobulară cu inserție marginală la unul din lobi

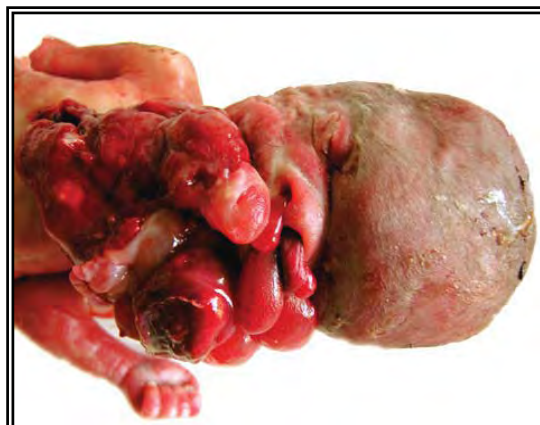


Placenta în afecțiune inflamatorie din naștere la 39-40 săptămâni a nou-născutului S., a trăit 2 zile 50 minute. Vilezită, intervileză abcedantă.

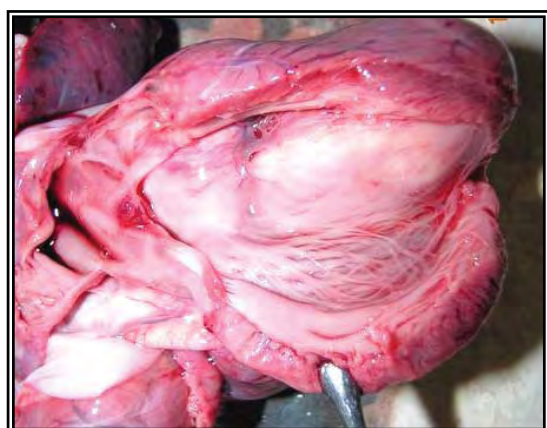
b) Malformații multiple și cromozomiale, tumori



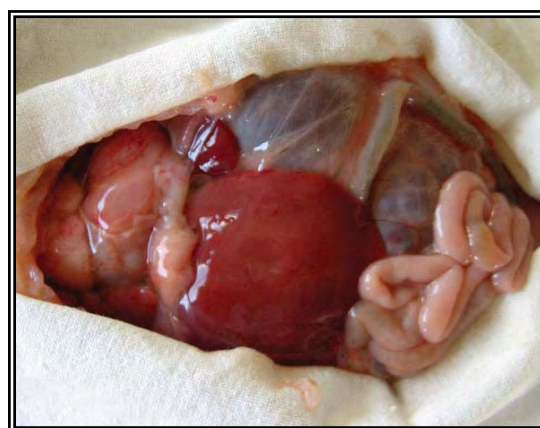
Mort-născut intranatal, M. la 32-33 săptămâni, stigmat, în malformație multiplă și cromozomială



Nou-născutul P. la 23 săptămâni, vârsta 10 minute. Teratom imatur palatonazal de dimensiuni mari



Pacientul Ch. din naștere la 40 săptămâni, vârsta 11 zile. Macropreparat: cordul. Fibrom fibrilar al septului interventricular



Mort-născut intranatal, T. la 26 săptămâni. Polichistoză renală bilaterală cu deplasarea ficatului și anșelor intestinale

Evaluarea diagnosticului clinic și morfopatologic în lotul decedaților în dependență de profilul unităților curative în cadrul asistenței morfopatologice a elucidat următoarea rată procentuală a divergențelor de diagnostic (*tab. 6*):

Tabelul 6

Repartizarea și ponderea divergențelor după profil

Repartizarea după profil	Divergențe la rubrica bolii principale					
	2006		2007		2008	
	total	divergențe	total	divergențe	total	divergențe
Obstetico-neonatal	62	29 (46,8%)	51	23 (45,1 %)	82	24 (29,3%)
Pediatic	48	15 (31,2%)	56	21 (37,5 %)	56	15 (26,8%)
Chirurgical	54	8 (14,8%)	33	10 (30,3 %)	41	4 (9,8%)

Incidența divergențelor (în %) a oscilat între profilurile curative, constituind 9,8% la profilul chirurgical și 46,8% la profilul obstetrico-neonatal, cu o diminuare în anul 2008. Rata majoră a divergențelor a fost constituită de cele clasate la categoria II-a (*tab. 7*). Estimarea divergențelor de diagnostic

a înregistrat cauze obiective și subiective de divergență, care direct reflectă repartizarea pe categorii a acestora și a indicelui de evaluare a calității procesului curativ-diagnostic (după Шмурун), acesta din urmă fiind < 1 (indicele < 1 reflectă o calitate satisfăcătoare a procesului curativ-diagnostic clinic, iar ≥ 1 – calitate nesatisfăcătoare) (tab. 8).

Cauzele obiective au atins cifra de 284, cu predominare în anul 2008 – 36,3%, printre cele mai frecvente fiind: dificultățile obiective în sarcină (19,4%); starea incurabilă a nou-născutului (19,4%); starea gravă a copilului la internare (19,4%); starea incurabilă a nou-născutului (21,4%).

Ponderea majoră în cauzele subiective (190) a revenit următoarelor rubrici: formularea incorectă a diagnosticului clinic (16,4% și 27,6%); investigația insuficientă (6,4% și 25,4%), fiind determinate de starea incurabilă a nou-născuților și starea gravă la internare.

Tabelul 7

Categoriile divergențelor de diagnostic

Nr.	Denumirea cauzelor	Repartizarea pe ani		
		2006	2007	2008
Categoria I	Afecțiune nedagnosticată la etapa precedentă, diagnosticare imposibilă în staționar în virtutea stării grave a pacientului, fazei avansate a afecțiunii sau a decesului rapid din cauze obiective.	15 (28,8%)	6 (10,0%)	8 (18,6%)
Categoria IIa	Diagnosticarea incorectă în instituție n-a influențat radical tanatogeneza din motivul spitalizării în stare incurabilă	33 (63,5%)	45 (75,0%)	32 (74,4%)
Categoria II-b	Diagnosticarea incorectă în instituție a condus la aplicarea unei tactici medicale neadecvate, care a avut rolul decisiv în tanatogeneză.	4 (7,7%)	9 (15,0%)	3 (7,0%)
	Total	52	60	43

Tabelul 8

Repartizarea cauzelor obiective și subiective care au influențat divergența

Denumirea cauzelor	Repartizarea pe ani		
	2006	2007	2008
Cauze obiective	93	88	103
Cauze subiective	73	58	59
Indicele de evaluare a calității diagnosticului clinic (Шмурун)	0,84	0,66	0,57

Concluzii

1. Evaluarea diagnosticului morfopatologic a relevat că ponderea majoră revine capitolului „Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală”. Preponderente s-au dovedit a fi infecțiile specifice perioadei perinatale (24,5% și 30,7%) și tulburările respiratorii și cardiovasculare (20,0% și 28,8%), în mare parte susținute de patologia placentară în sarcină.

2. Studiul efectuat a relevat o pondere înaltă în structura letalității generale a malformațiilor congenitale cu dinamică în creștere de la 30,7% la 34,3% și a afecțiunilor tumorale (1,8% și 2,3%), ceea ce necesită o monitorizare permanentă și studii aprofundate asupra factorului teratogen. Ponderea înaltă a malformațiilor congenitale multiple necesită o evaluare complexă în vederea stabilirii unor anomalii cromozomiale.

3. Analiza retrospectivă a 787 de procese-verbale morfopatologice a stabilit că procesul curativ-diagnostic la copii a fost satisfăcător, confirmat de indicele calității Шмурун, acesta din urmă cu dinamism pozitiv pe parcursul anilor 2006-2008.

4. Evaluarea letalității la copii în cadrul asistenței morfopatologice rămâne unul din instrumentele principale de estimare a calității procesului curativ-diagnostic cu impact substanțial în mecanismul de reducere a morbidității și letalității copiilor.

Bibliografie selectivă

1. **Fuior I.**, Eţco L., Stratulat P. și colab., *Importanța principiului patogenetic în diagnosticul clinic și cel anatomopatologic în practica pediatrică*. Recomandații metodice, Chișinău, 2007, 42 p.
2. Воробьев С. Л., Чибисов В. Н., *Новые подходы к организации и клинико-анатомического анализа в лечебно-профилактических учреждениях*. Арх. патологии, 2005, т. 67. М., Медицина, с. 56-60.
3. Зайратьянц О. В., *Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991-2000 г.г.)*. Арх. патол. Приложение. М., Медицина, 2002. 64 с.
4. Серов В. В., Пальцев М. А., *Патологическая анатомия*. М., Медицина, 1998. 640 с.

Rezumat

Prezentul articol reflectă evaluarea letalității în perioadele de dezvoltare a copilului pe parcursul anilor 2006-2008 în cadrul Asistenței Morfopatologice în Secția Anatomie Patologică Centralizată (SAPC) a IMSP ICȘDOSMșiC în baza analizei retrospective a 787 de procese-verbale ale investigațiilor morfopatologice. Rezultatele obținute au reflectat structura, patologiile predominante și dinamismul acestora, precum și ponderea divergențelor de diagnostic.

Summary

This article reflect the assessment of death in the development of the child during the years 2006-2008 in the Assistance Section morfopatology Centralized Pathological Anatomy (SAPCA) of IMSP ICȘDOSMșiC based on retrospective analysis of 787 protocols of Morfopatology investigations. The results reflected the structure and predominant dynamic conditions and frequency differences of diagnosis.

INSUFICIENȚA PLACENTARĂ CRONICĂ – UN FACTOR DE RISC MAJOR ÎN EVOLUȚIA RETARDULUI DE DEZVOLTARE INTRAUTERINĂ A FĂTULUI

Ion Fuior, dr. h. în medicină, prof. univ., **Lilia Sinițana**, dr. în medicină, **Valeriu David**, dr. în medicină, **Vergil Petrovici**, medic morfopatolog, **Ștefan Samciuc**, medic morfopatolog, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

Actualitatea problemei. Retardul de dezvoltare intrauterină (RDIU) a fătului rămâne o problemă importantă a perinatologiei, cu o tendință sporită de creștere în ultimii ani [12]. Importanța prevenirii RDIU este determinată de frecvența înaltă la acești nou-născuți a asfixiei, aspirației meconiale, dereglărilor metabolice etc., iar din primele ore de viață – a tulburărilor severe ale statusului neurolologic, dereglărilor respiratorii și celor adaptaționale etc. [4, 5]. Nu în ultimul rând, în literatura de specialitate se abordează rolul RDIU și al masei ponderale joase la naștere în dezvoltarea dereglărilor cardiovasculare, neurologice, metabolice etc. la adulți [3]. Diversele aspecte ale acestor opinii sunt reflectate în multiple studii de cercetare orientate spre soluționarea problemei în cauză [6, 10, 11].

Printre cauzele principale ale RDIU se menționează tulburările mediului ambiant, alimentația insuficientă a mamei, malformațiile și infecțiile tractului reproductiv matern, precum și disfuncția placentară [2, 7, 1]. RDIU nu este o unitate nozologică care ar putea fi plasată în diagnosticul definitiv ca maladie principală, dar în același timp retardul de dezvoltare intrauterină se atestă cu regularitate, la indici destul de înalți, în morbiditatea și letalitatea perinatală. Substratul morfologic al RDIU în majoritatea covârșitoare a cazurilor îl constituie modificările patologice în placentele acestor feteși, în special insuficiența placentară cronică. Conform relatărilor unor autori, insuficiența feto-placentară cronică în 88,2% din cazuri are rolul primordial în patologia sarcinii și progresează rapid atunci când durata gestației nu corespunde capacității funcționale a placentei de asigurare a fătului cu substanțe nutritive [12].

În acest context, evaluarea morfopatologică a retardului de dezvoltare intrauterină a fătului constituie un deziderat de actualitate continuă, ceea ce ne-a determinat să realizăm cercetări asupra