

Clinica de obstetrică și ginecologie
(cond.: prof. dr. A. Borbáth, doctor în medicină) din Tirgu-Mureș

PROBLEMELE OBSTETRICALE ÎN CADRUL PERINATOLOGIEI *

dr. E. A. Lőrincz

În ultimii 10—15 ani obstetrica a făcut un progres important datorită posibilității studiului fiziologiei și patologiei fătului intrauterin, ceea ce i-a permis să învingă nesiguranța mistică în care se afla ori de câte ori trebuia să stabilească existența unui risc fetal. În trecut cu ajutorul stetoscopului obstetric, prin aprecierea calității lichidului amniotic și a modificărilor mișcărilor fetale, am reușit să diagnosticăm 5⁰/₀ a stărilor de suferință fetală, a „sindromului detresei fetale“. În prezent utilizând instrumente bazate pe principii fizice ca amnioscopul, amniocenteza, cardiotocograful, electrocardiografia și electroencefalografia fetală, microanaliza singelui fetal, a trebuit să ne revizum concepția privitoare la nașterea fiziologică.

Cercetările au arătat că în 32⁰/₀ a nașterilor considerate ca fiziologice, cardiotocogramele atestă un anumit grad de suferință a miocardului fetal. Observațiile au sprijinit concepția care solicită delimitarea perioadei între săptămâna a 20-a a sarcinii și ziua a 7-a a lehzuziei ca o disciplină aparte, cu numele de perinatologie, justificată prin ivirea problemelor noi în funcționarea secțiilor de obstetrică, a sălilor de naștere și a serviciilor de consultații prenatale. Totuși au fost exprimate nedumeriri îndeosebi din partea școlii germane, din cauza lezării integrității obstetricii. La exercitarea acestei ramuri separate a obstetricii trebuie să participe medicul reanimator, pediatrul, chiar și psihiatrul. Unii mai prudenți se temeau că prin dezvoltarea perinatalogiei se va forma un domeniu al nimănui, chiar dacă s-a stabilit colaborarea între specialitățile interesate. Nu se poate nega existența perinatalogiei, chiar dacă nu pot fi organizate secții de perinatologie separate din cauze financiare. Dar se poate realiza ca la fiecare clinică, sau secție spitalicească mai mare de obstetrică să funcționeze un obstetrician familiarizat cu perinatologia, care în cadrul obstetricii integrale în colaborare cu pediatrul și anesteziologul să rezolve problemele actuale.

Perinatologia are scopul ca sarcinile cu risc fetal crescut să beneficieze de asistență adecvată în timp util. Factorii de risc fetal crescut sînt bine cunoscuți, totuși au fost elaborate clasificări pentru a ușura interpretarea lor, cum e cea a lui M. Hermann (1969). În această clasificare pericolul fetal imediat este atribuit insuficienței placentare în numeroase afecțiuni obstetricale. Tietze, Rodorff, Hobbs, Acheson (1971) împart fac-

* Comunicare la Sesiunea jubiliară a maternității din Miercurea-Ciuc, septembrie 1973

torii cauzali de risc fetal în 4 categorii. În categoria I-a figurează numărul nașterilor și vârsta, în a II-a sarcinile cu anamneză suspectă (nașteri premature, nașteri cu făt mort, avorturi habituale mari), în a III-a acțiunile cauzate de sarcină (gestozele, incompatibilitatea de grup sanguin, anemiile gravidice), în a IV-a afecțiunile viscerale care periclitează sarcina, ca hepatopatiile, bolile cardiovasculare, diabetul. Clasificarea aceasta are un caracter de manual, dar nu categorisirea este nouă, ci întrebarea, dacă aceste gravide beneficiază de asistență adecvată? Răspunsul general nu este afirmativ. Studiile statistice ne-au atras atenția asupra mai multor împrejurări. Una din deficiențe este legată de condițiile speciale ale unui teritoriu. Există lipsuri în privința colaborării între secțiile spitalicești interesate. Numeroase secții de medicină internă se feresc de primirea gravidelor în lunile mai avansate, se întâmplă rar ca aceste gravide să fie transferate la secția de obstetrică în ajunul nașterii. Acest fapt este îngrijorător din motivul că secțiile patologice ale clinicilor de obstetrică nu pot asigura observarea și terapia continuă.

Sectorul de pediatrie și de reanimare intră în funcție post partum, situația fiind liniștitoare în acest domeniu. Rolul lor nu este ușor, mortalitatea perinatală fiind cea mai accentuată. Progresul obstetricii a avut ca efect reducerea riscului fetal sub partu, care poate fi calculat a priori. Statisticile furnizează date variate conform unităților geografice. Studiile efectuate în Anglia au evidențiat că în acele unități spitalicești în care funcționează serviciul de transfuzie-reanimare și secția de pediatrie, mortalitatea perinatologică e redusă. Folosesc intenționat cuvântul de perinatologie deoarece termenul perinatal exprimă cronologia, iar cel perinatalogic îndreaptă atenția spre genză. Datele statistice atestă o mortalitate mai ridicată în unitățile mai mari din cauza solicitărilor crescute. Există date potrivit cărora unele femei cu risc nu au născut în unități bine dotate din punct de vedere diagnostic și terapeutic, ci la periferia clinicilor sau unităților mai mari. În spitalele mai mari au fost asistate cazurile — reduce la număr — asociate cu afecțiuni ale organelor interne, în timp ce secțiile așezate între 2 unități mai mari, au fost mai solicitate, trebuind să rezolve mai multe cazuri cu risc în legătură cauzală cu graviditatea. Explicația acestui fenomen rezidă în urgența cazurilor din urmă. Statisticile referitoare la sarcinile asociate cu afecțiunile organelor interne sugerează bănuiala că în unele circumstanțe asistența prenatală nu este corespunzătoare. În cadrul perinatologiei se modifică scopurile și metodele studiilor statistice.

În stările de risc fetal îi revine un rol important *insuficienței placentare*, fie primară din cauza deficiențelor structurale, fie datorită repercusiunii afecțiunii asociate asupra placentei. Funcția placentei a devenit posibilă prin adâncirea cunoștințelor privind structura ei. S-a putut demonstra că produsele etichetate cu degenerative au un rol funcțional esențial. Noțiunea de unitate feto-placentară a constituit punctul de plecare în studiul fenomenelor intrauterine. Aceste probleme nu au putut fi expuse în cadrul învățămîntului universitar din cauza orelor reduse de curs, lipsă ce trebuie completată prin publicații.

Funcția placentei este insuficientă, dacă permeabilitatea ei pentru oxigen este deficitară, sinteza, transformarea și depozitarea substanțelor pentru nutriția fătului sînt imperfecte, transportul acestor substanțe și

schimburile gazoase sînt tulburate, într-un cuvînt metabolismul placentar este dezechilibrat în urma hipoxiei. Din placenta hipoxică pleacă stimuli patologici care duc la deprimarea centrului respirator. Hipoxia trecînd prin glicoliza anaerobă cauzează acidoză, hidrații de carbon se epuizează, se instalează leziunea miocardului prin faptul că din energia dezvoltată în condiții anaerobe doar o fracțiune este utilizată. Sistemele enzimatice intracelulare pot activa numai într-un pH fiziologic. Progresul este realizat prin preconizarea microanalizei singelui fetal obținut din prezență, care permite o introspecție în lanțul patologic și o intervenție corespunzătoare în interesul fătului. Pînă acum starea placentei am apreciat-o retrospectiv prin observarea modificărilor morfologice ale placentei expulzate. În prezent avem și posibilitatea unei orientări prospective. Din punctul de vedere al practicii, prezentăm un caz tipic de risc fetal: sarcina suprapurtată.

În caz de *sarcină prelungită* am luat în considerare rolul placentei în toate cazurile, mai corect am făcut-o responsabilă pentru decesul fetal, îndeosebi în acele cazuri, în care suprafața placentei a prezentat focare degenerative, infarcte, alte fenomene tisulare regresive. Diagnosticul a fost doar presupus datorită faptului că nu ne-am putut sprijini pe datele subiective furnizate de gravide și deseori era vorba de o intenție de inducere în eroare cu scopul de a declanșa nașterea mai devreme. De multe ori obstetricianul e cuprins de o nesiguranță chinuitoare: să golească uterul din cauza riscului fetal, sau să aștepte, asumîndu-și răspunderea. Se efectuează multe operații cezariene pe baza indicației de sarcină prelungită, neverificabilă ulterior.

E bine să se știe că luînd în considerație data ultimei menstruații, va trebui să se țină cont de o frecvență de 10⁰‰ a sarcinilor prelungite. Dacă e cunoscută data concepției, această cifră scade la 2,5%. Cu ajutorul amnioscopiei introduse de către *Saling*, prin controale repetate putem stabili culoarea lichidului amniotic, a cărui colorație verzuie constituie un semn sigur al insuficienței placentare. Colorația verzuie a lichidului amniotic din cauze diverse nu apare de pe o zi la alta. Ea înseamnă necesitatea de a goli uterul. Asocierea suprapurtării cu insuficiență placentară înseamnă un pericol deosebit. În geneza insuficienței placentare pot avea rol alterațiile endometrului în urma chiuretajelor repetate și brutale, involuția deficitară, tulburările ciclului menstrual, disfuncțiile ovariene, dismenoree, menarha întîrziată, mortinatalitatea repetată premergătoare, nașterile cu feți mici și placentă cu volum redus.

Dintre datele de laborator trebuie menționate estrioluria și scăderea fosfatazei alcaline. Indicații directe poate furniza analiza microsingelui fetal, E.C.G.-ul fetal prin fragmentarea undei R.

La consultațiile prenatale trebuie depistați factorii predispozanți la insuficiență placentară: alimentația insuficientă sau incorectă, sarcina gemelară, disgravidiiile, vîrsta înaintată, abuzul de nicotină, diabetul, prediabetul, diabetul latent, hemoragiile în cursul sarcinii. Problema diabetului și a sarcinii a fost abordată în teza de doctorat a lui P. V. *Băltescu* din Cluj (1969).

Dintre metodele noi amintim determinarea de pH, pCO₂, pO₂ prin analiza microsingelui. Pe obstetrician îl interesează metabolismul acid. Suferința fetală mai mult sau mai puțin acută din prima fază de acidoză

respiratorie, trece treptat în acidoză metabolică explicată prin faptul că hipoxia fetală duce la glicoliză anaerobă, urmată de acumularea produsilor acizi, în special ai acidului lactic. Din punct de vedere practic aceasta înseamnă că modificările bătailor cordului fetal, un pH 7,20 sau mai mic în prezentația fetală indică accelerarea nașterii.

În privința conduitei este instructivă clasificarea care face o deosebire între insuficiența placentară acută, subacută și cronică. Un exemplu tipic de insuficiență placentară acută îl constituie dezlipirea prematură a placentei, insuficiența subacută survine în sarcina prelungită care predomină numeric, în insuficiența placentară cronică se cere ameliorarea asistenței prenatale. Gravidele cu risc crescut, trebuie pregătite pentru naștere prin exerciții respiratorii și de relaxare. În condițiile noastre asistența prenatală trebuie intensificată. Astfel gimnastica gravidelor nu trebuie subapreciată. Se afirmă că femeia muncitoare din zilele noastre este protejată contra moleșirii. Majoritatea femeilor care lucrează în industrie sînt supuse unor solicitări fizice unilaterale, ce trebuie contrabalansate. Este greșită tendința de influențare a insuficienței placentare prin substanțe vasoactive.

Feții născuți din sarcini suprapurtate prezintă semne remarcate de către *Clyfford*. Aceste semne constituind sindromul *Clyfford* sînt descuamarea de diferite grade a pielii, colorația unghiilor și a cordonului ombilical. Ne putem gândi la sindromul *Clyfford*, dacă la sfîrșitul sarcinii măsurarea de două ori în cursul săptămîinii a circumferinței abdominale nu arată deosebiri și nu se modifică greutatea corporală, care în mod normal arată o creștere săptămînală de 300 g în această perioadă.

Hemoragia intracraniană nu e o stare de suferință fetală ci o consecință. În acest sens ea nu ar aparține subiectului tratat, totuși o abordăm datorită faptului că ea a obținut o interpretare nouă în cadrul perinatologiei. În trecut concepția noastră a fost dominată de factorul mecanic, deși ar trebui să ne gîndim și la alți factori cauzali pe baza constatării că adesea se nasc feți cu craniul deformat care plîng imediat. Trebuie separați feții hipoxici. Hipoxia și acidoza au un rol mai mare decît s-a crezut mai demult. De cînd s-a introdus analiza microsingelui fetal prezența procentuală a deceselor fetale prin hemoragie cerebrală e mai scăzută față de anii trecuți. În cazurile de deces fetal s-a putut stabili existența unor valori patologice sau prepatologice din microsingele fetal. Nu trebuie pierdut din vedere faptul că ameliorarea mortalității prin hemoragie intracraniană a început deja în faza cînd intervențiile vaginale laborioase au fost înlocuite prin operațiile cezariene.

În cele expuse am dorit să arătăm că în prezent obstetrica a părăsit poziția de stagnare, mai corect a făcut un pas înainte. Mortalitatea maternă a scăzut la zero. Asistența fetală eficace a devenit preocupare primordială. Metodele noi tind la obținerea unui nou-născut sănătos. Noțiunea de „bătăi cardiace proaste“ a fost reevaluată. Cardiotocografia furnizează date obiective. Consecutiv s-a revizuit și noțiunea de naștere eutocică. Obstetricii empirice i-a luat locul obstetrica științifică: mamă sănătoasă, făt sănătos, în prezent nu este lozincă, ci un plan realizabil.

Sosit la redacție: 19 octombrie 1973

Bibliografia la autor.