

CZU: 618.3-06:616.12-008.331.1



BOLI NETRANSMISIBILE (BNT) DE TIP HIPERTENSIV ÎN SARCINĂ

Valeriu Pădure¹, Chiril Grecu², Natalia Bursacovscaia³, Igor Opalco⁴, Cristina Rotaru⁵, Victoria Cojocari⁶

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

³IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

⁴IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, statistician

⁶IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, medic obstetrician-ginecolog

Cuvinte-cheie: hipertensiune arterială, boli netransmisibile, macrosomie

Introducere

Hipertensiunea arterială (HTA) în timpul sarcinii este o afecțiune cu impact semnificativ asupra cursului și rezultatului acesteia, fiind principala cauză a pierderilor perinatale și a mortalității materne. Tulburările hipertensive duc la aproximativ 76.000 de decese materne la nivel global în fiecare an, iar preeclampsia, o formă severă de HTA în sarcină, afectează zece milioane de femei în întreaga lume anual.

Scopul acestui studiu a fost evaluarea contribuției determinantilor sociali, a factorilor comportamentali de risc, a factorilor metabolici și a asociațiilor acestora asupra dezvoltării sau agravării bolilor netransmisibile de tip hipertensiv în timpul sarcinii. De asemenea, s-a urmărit investigarea influenței acestor factori asupra evoluției sarcinii.

Material si metode

În cadrul studiului, au fost analizate 387 de cazuri din paciente care au născut între anii 2020 și 2023 în cadrul Institutului Mamei și Copilului, împărțite în două loturi distincte. Lotul I, de studiu, a inclus 119 cazuri cu stări hipertensive în timpul sarcinii, în timp ce lotul II, de control, a cuprins 268 de cazuri fără boli netransmisibile (BNT) și fără stări hipertensive.

Rezultate

În lotul de studiu, s-a observat că 36,13% dintre paciente au trăit în medii urbane, iar 63,87% în medii rurale, în timp ce în lotul de control aceste proporții au fost de 53,0% urban și 47,0% rural (OR=1,992 [1,277-3,106], $p < 0,005$). Încadrarea în câmpul muncii a fost asociată cu un risc crescut de complicații hipertensive în timpul sarcinii (OR=1,63 [1,217-3,686], $p < 0,005$). În lotul cu BNT tip hipertensiv, mai frecvent au avut anterior nou-născuți macrosomi (cu $m \geq 4000g$), ceea ce a crescut riscul de apariție a dereglărilor hipertensive în următoarea sarcină (OR=2,513; [1,571-4,079], $p < 0,005$). De asemenea, mortalitatea în anamneză a fost asociată cu un risc semnificativ de complicații hipertensive în sarcina ulterioară (OR=5,230; [1,007-27,8], $p < 0,01$).

Patologia glandei tiroide este asociată cu un raport sporit al șanselor de a dezvolta o sarcină cu patologie hipertensivă (OR=12,54; [4,164-37,760], $p < 0,0001$).

Utilizarea picăturilor nazale cu xilometazolină în timpul sarcinii este corelată cu un risc sporit de a dezvolta HTA (RR=2,611; [2,015-3,384], $p < 0,001$).

Patologia neinflamatorie a organelor genitale (ovarele polichistice) este asociată cu un risc crescut de complicații cu HTA în sarcină (OR=4,82; [1,612-14,45], $p < 0,005$).

Complicațiile în sarcina precedentă cu dereglări hipertensive determină un raport al șanselor extrem de ridicat pentru evoluția viitoarelor sarcini cu HTA (OR=19,95; [7,204-68,92], $p < 0,0001$), ca și în cazul când rudele de gradul întâi ale gravidei suferă de hipertensiune arterială (OR=13,39; [7,961-22,940], $p < 0,001$) sau obezitate (OR=5,963; [3,260-10,906], $p < 0,001$).

Unele semne anterioare sarcinii pot fi asociate cu un risc sporit de a avea o sarcină complicată cu stări hipertensive. Printre acestea se numără depresia (OR=5,373; [1,644-20,450], $p < 0,005$), palpitațiile cardiace (OR=13,6; [5,996-34,380], $p < 0,01$), dificultățile respiratorii la efort de activitate cotidiană mic și mediu (OR=12,41; [6,349-26,610], $p < 0,001$) și fatigabilitatea (OR=8,22; [4,964-13,820], $p < 0,001$).

În lotul de bază, masa corporală medie a fost de 98,78 ($\pm 9,43$) kg, iar în lotul de control 71,0 ($\pm 8,78$) kg, determinând masa sporită ca factor cu importanță predictivă și influență asociată cu un risc crescut de complicație a sarcinii cu stări hipertensive ($t=2,16$; $p < 0,05$). Obezitatea este asociată cu un risc relativ semnificativ de a dezvolta HTA în timpul sarcinii (RR=7,179; [5,327 - 9,676], $p < 0,001$).

Evitarea stabilirii evidenței sarcinii la medicul de familie în termenele precoce recomandate (< 12 s.a.) corelează cu o frecvență sporită a complicării sarcinii cu stări hipertensive ($t=2,15$, $p < 0,05$), cauzată de lipsa controlului, evaluarea grupei de risc și managementul adecvat al stărilor predecesoare complicațiilor hipertensive.

În lotul de bază, nașterea s-a încheiat preponderent prin operație cezariană (56,3%), iar în lotul de control aceasta a fost observată doar în 32,4% din cazuri ($t=4,45$, $p=0,05$). În lotul de bază, sarcina a fost complicată cu RPPA la fiecare a treia gravidă, în timp ce în lotul de control, la fiecare a patra pacientă ($\chi^2=5,4$, $p=0,342$), cu eliminarea lichidului amniotic meconial mai frecvent în lotul de bază comparativ cu lotul de control (RR=1,51; [1,016 - 2,260], $p < 0,05$). Pe parcursul travaliului, în lotul de studiu a fost necesară și efectuată stimularea ocitocică în 44,4% din cazuri, pe când în lotul de control, doar în 4,5% din cazuri ($\chi^2 = 9,4$, DF = 2, $p=0,009$), (RR=4,32; [1,75-10,67], $p < 0,05$), iar travaliul s-a complicat mai frecvent cu hipoxia acută a fătului în lotul de studiu (11,1% vs 4,5%) ($\chi^2 = 2,36$, DF = 4, $p=0,670$).

Concluzii

Neglijarea stabilirii unei evidențe precoce a sarcinii la medicul de familie, conform recomandărilor (< 12 s.a.), corelează cu o creștere a frecvenței complicațiilor hipertensive în sarcină, din cauza lipsei controlului adecvat, evaluării incomplete a grupului de risc și întâzierii inițierii tratamentului pentru hipertensiunea în sarcină.

Pacientele cu BNT tip hipertensiv mai frecvent au avut în anamneză nașteri de nou-născuți cu $m \geq 4000g$ sau de naștere a unui nou-născut decedat intrauterin, astfel constituind un raport dublu al șanselor de asociere cu dereglări hipertensive la următoarea sarcină.

Patologia glandei tiroide și afecțiunile neinflamatorii ale organelor genitale, cum ar fi ovarele plichistice, sunt asociate, de asemenea, cu un risc sporit de a dezvolta o sarcină cu patologie hipertensivă.