

PERIOADA A IV-a A NAȘTERII

de Dr. Lörincz E. Andrei.

Există în obstetrică o concepție dogmatică conform căreia actul nașterii s-ar termina prin expulzia placentei și a membranelor, după care ar urma lauzia.

Asistând la multe nașteri și studiindu-le în desfășurarea lor, am ajuns la concluzia că actul nașterii nu poate fi considerat ca terminal odată cu delivrarea, căci faza imediat următoare delivrării este și ea o parte integrantă a nașterii. Vorbim în mod obișnuit de o perioadă postplacentară, fără a-i cunoaște mai de aproape fiziologia și durata, așa după cum cunoaștem cea de a III-a perioadă a nașterii. Necesitatea practice impune separarea perioadei postplacentare, pe de o parte din cauza simptomatologiei caracteristice, pe de altă parte din cauza complicațiilor serioase, chiar fatale, uneori neașteptate, ce pot surveni în această fază. Tot în această perioadă se ivesc și sarcini practice importante: tratamentul consecințelor narcozei, al eventualelor leziuni ale părților moi, aprecierea pierderii de sânge, examinarea placentei, controlul uterului, observația stării generale, a pulsului, a respirației, a tensiunii arteriale, combaterii h. moragiei, controlul instrumental uterin, tamponarea uterului, transfuzia de sânge și tratamentul unui eventual acces eclamptic, etc. Asistența definitivă a noului născut aparține de asemenea acestei perioade. Nu există obstetrician care, după asistența unei nașteri normale, să nu fi fost rechemat urgent la parturientă după o jumătate sau 1—2 ore din cauza hemoragiei. Un obstetrician eminent spunea: „Nu există un moment mai temut și mai surprinzător în practica obstetricală ca hemoragia grava de după naștere”.

Începând din primul deceniu al veacului al XVII-lea; istoria obstetricii posedă date din care reiese că persoanele care asistau nașterile considerau ca intervalul ce urmează delivrării face parte din actul nașterii. Mme Bourgeois moașă franceza, autoarea unui tratat de obstetrică din anul 1609, afirmă că perioada postplacentară durează 1—2 ore. „În acest interval — scrie Mme Bourgeois — femeia care a născut trebuie acoperită cu pielea unei oi negre, jupuită de viu care va izgoni singele melancolic”. Iată teama de hemoragia postpartală ca bază a unei superstiții de acum trei veacuri și jumătate. E mai semnificativă o statistică recentă referitoare la 1 milion de nașteri, din care reiese că 32% a mortalității materne survin în primele 2 ore de după naștere. E cert că această perioadă e cu atât mai dinamică și cu atât mai îngrijorătoare cu cât se intervine mai des și mai inutil în mersul fiziologic al nașterii, cu cât se aplică mai des narcoza, se administrează mai frecvent ocilocite pentru accelerarea nașterii și substanțe analgetice pentru înlăturarea durerilor. Literatura de specialitate oferă exemple frapante privind polipragmaziile obstetricală — mai ales în practica sanatoriilor particulare — cu un sfârșit uneori tragic în perioada ce urmează imediat după naștere.

Au fost îndreptățite propunerile conform cărora intervalul ce urmează imediat delivrării să se definească ca perioada a IV-a a nașterii, urmînd ca supravegherea în această perioadă să se execute de același personal care a asistat și nașterea. Conduita aceasta e urmată în majoritatea maternităților, se întîmplă totuși ca parturienta să fie transportată la secția de lauze imediat după delivrare, unde urmează să fie luată în tratament abia după mai multe ore în cadrul „îngrijirilor” zilnice, rămînd necontrolată într-o perioadă cînd ea ar avea nevoie de o supraveghere mai atentă. E nevoie de o atitudine hotărîtă în privința delimitării perioadei ce urmează imediat după naștere. Dacă e îndreptățită separarea perioadei a IV-a a nașterii pe baza considerațiilor de patologie obstetricală și a cerințelor practice, atunci e necesar să-i cunoaștem și fiziologia, după cum sînt bine cunoscută durata și evenimentele primelor 3 perioade ale nașterii.

Ce se înțelege deci prin perioada a IV-a a nașterii? În general se înțelege acel timp în care uterul din starea declanșată de naștere, trece într-o stare de contracție durabilă, adică în perioada de înouire. Acest timp durează în medie 2 ore. Nu am precizat însă ce se petrece în uter în această perioadă. Răspundem pe scurt la această întrebare: *în perioada a IV-a a nașterii se creează în uter condițiile de securitate față de hemoragia provenind de la locul de inserție al placentei.* Aceasta e esența fiziologiei celei de a IV-a perioade. O a doua întrebare este modul cum se produce această securizare. Evenimentul care constituie trecerea spre perioada a IV-a, este dezlipirea placentei, moment în care se deschid vasele utero-placentare în locul de inserție al placentei. Față de hemoragia provenită din acest loc e nevoie de declanșarea unor procese asigurătoare.

Prima manifestare față de hemoragia provenită din acest loc este contractarea musculaturii uterului care își regrupează și-si încolăcește rapid fibrele sale. Aceste fibre regrupate și încolăcite comprimă și torzionează în așa măsură vasele deschise dintre ele, încât lumenul vascular dispare cu totul. Aceste fascicule musculare în retracție au fost numite de Martius, ligaturi vii. Aici este vorba de un proces foarte complicat, dar extrem de precis. Iată, prima asigurare față de hemoragia provenită de la locul de inserție al placentei. Prima contracție nu poate persista vreme îndelungată, fiindcă ducinț la anemisia uterului, ar provoca o atonie reacțională, deci, sînt necesare alte și noi măsuri de siguranță. Formarea de chiaguri în lumenul vaselor utero-placentare mai mari, iată, noile măsuri. În realitate situația nu este atât de simplă. După Greenberg în acest stadiu cavitatea uterină e umplută de un hematom compact mai lax la nivelul deciduii vera și mai aderent la locul de dezlipire al placentei, fiind în conexiune cu chiaguri în utero-placentare. Paralel cu formarea hematomului intrauterin scade și tonicitatea uterului, al cărui fund se află imediat după expulzia placentei la jumătatea distanței dintre ombilic și simfiză și care acum se ridică din nou pînă la înălțimea ombilicului. Ridicarea fundului uterin nu e semnul atoniei, ci indică formarea unui hematom intrauterin de mărimea unui ou de gîscă. Chiagul de singe din cavitatea uterină e un factor de hemostază, avînd menirea să stabilizească o stare de echilibru cu peretele uterin, constituind un stimul atenuat pentru uter ca acesta să-și păstreze tonusul diminuat fără producerea hemoragiei. Aceasta este a treia asigurare față de hemoragia provenită de la locul de dezlipire al placentei și pe care Greenberg o numește echilibru „miotrombal”.

Dacă cele de mai sus sînt adevărate, expulzarea manuală a acestui chiag e singura e greșită, pentru că deranjează un proces fiziologic. În această privință moașele bătrîne comit multe erori. Ele ca și unii medici controlează uterul după naștere aplicînd în repete rînduri manopera lui Credé pentru „a usca uterul”, ceea ce înseamnă îndepărtarea hematomului intrauterin. După refacerea hematomului intrauterin fundul uterului se va ridica din nou și moașele îl vor expulza iarăși, neștiind că ridicarea fundului uterin la 2—3 ore după naștere e un fenomen fiziologic. Expulzarea repetată a hematomului ducă la o adevărată anemizare a parturientei iar medicul va fi chemat pentru o „atonie uterină”. Nu poate fi vorba însă de o atonie, ci de o dirijare greșită a perioadei a IV-a a nașterii.

Credem ca, echilibrul dintre miometru și hematomul intrauterin ne poate da o explicație a eficacității tamponării intrauterine după tehnica lui Tolocinov-Dührssen. Se știe că aceasta tamponadă este corectă atunci cînd tamponașele umplu cavitatea uterină fără a o destinde, căci numai tamponarea laxă asigură o tonicitate uterină corespunzătoare. Peretele uterin se mulează în jurul tamponului lax, dar nu ar putea asigura o contracție permanentă în jurul unui tampon îndesat, care ar constitui un excitant capabil să provoace expulzarea lui din cavitatea uterină.

Hematomul intrauterin se găsește cu regularitate în cavitatea uterină a parturientelor subcombată în cursul nașterii și e bine dacă cel care face autopsy știe ca hematomul intrauterin nu e rezultatul unei hemoragii patologice. Aceste constatări nu sînt în contradicție cu tocogramele care arată că în perioada a IV-a, starea de repaus uterului alternează cu starea de contracție, adică uterul prin funcțiunea sa ritmică va elimina hematomul intrauterin. Se știe ca placentă dezlipită poate stagna ca o formațiune moale fara ca uterul să o expulzeze. Probabil e vorba de un mecanism foarte fin.

E cert că receptorii intrauterini puși în evidență de autorii sovietici, în special baroreceptorii, au un rol important. Nașterea e totalitatea unor mecanisme reflexe complexe. Cercetătorii interoceptorilor (Gambasidze) au pus în evidență creșterea continuă a sensibilității receptorilor în cursul sarcinii. Această sensibilitate își atinge apogeeul în timpul nașterii. Credem că cercetarea experimentală a sensibilității interoceptorilor va contribui la interpretarea justă și va spori cunoștințele noastre despre perioada a IV-a a nașterii. Pina atunci rămâne ca valabil că intervalul de 2 ore după delivrare să-l considerăm ca o a IV-a perioadă, integrantă a nașterii. E corect —, ceea ce s-a și realizat în multe locuri — ca perioada a IV-a să fie notată aparte în foile de observație, indicând prin aceasta persoanelor care asista nașterea că această perioadă aparține nașterii.

Cu alte cuvinte evenimentele acestei perioade trebuie să fie introduse în foile de observație ca și evoluția perioadei de dilatație și expulzie. Expectativa rămâne conduită: acestei perioade — dacă nu survine vre o complicație — ținind să nu se perturbeze uterul prin masaj, manopera lui Credé sau ocitocice. Rezultă din cele de mai sus că parturiența trebuie să rămână și în perioada a IV-a în sala de naștere sau într-o încăpere vecină sub controlul celui care a condus nașterea.

Accentuăm că procesul de mai sus oferă siguranță numai față de o hemoragie care provine din locul de dezlipire al placentei cu inserție normală. Nu va proteja contra hemoragiei provenite din lezarea părților moi sau în caz de placenta praevia, cind nu poate fi vorba de stabilirea unui echilibru miotrombal, placenta fiind inserata într-un segment despre al cărui tonus abia se poate vorbi. Hematomul intrauterin și echilibrul miotrombal nu înseamnă lipsa totală a hemoragiei dinspre peretele uterin. Există o hemoragie care nu provine de la nivelul de dezlipire al placentei, ci din peretele uterin de la locul de dezlipire al caducei vere. Această secreție sanguinolentă nu e singe curat, ci are un caracter de transudat care nu se coagulează, lăsînd o zonă clară periferică pe careșaf. Această singerare e fiziologică și trebuie să fie diferențiată de singele provenit dintr-o leziune sau de pe urma unei atonii, care e singe curat și se coagulează. E bine să se știe acest lucru, fiindcă orice tendință de a opri această singerare e de prisos, chiar nocivă, putînd duce la eliminarea hematomului fiziologic intrauterin.

Patologia perioadei a IV-a a nașterii are o deosebită importanță practică cuprinzînd toate complicațiile ce pot surveni în această fază și nu numai pe acelea care își au originea în deranjul procesului fiziologic mai sus schițat. Aceste complicații trebuie să fie combătute de acele persoane care supraveghează perioada a IV-a. După o statistică străină din 88 de cazuri mortale din timpul nașterii, 28 au survenit în perioada a IV-a din care pentru:

hemoragii	12
cauze cerebro-vasculare	5
afecțiuni cardiace	4
narcoze	2
pneumonii prin aspirație	2
rupturi uterine	2
șoc hemotransfuzional	1

Se vorbește mult în obstetrica despre schimbarea proporției între cele trei cauze principale ale mortalității materne: septicemia, hemoragia și eclampsia. În ultimele decenii aceste trei cauze aveau o frecvență egală. Rezultatele recente, obținute în acest domeniu justifică speranța ca mortalitatea febrei puerperale va scădea pînă la zero datorită antibioticelor. Aceleași speranțe le nutresc unii și în legătură cu organizarea transfuziilor de singe. Sint semne care justifică acest optimism, dar ultimul cuvînt încă nu a fost spus în această problemă. Credem că moartea prin hemoragie ocupă locul de frunte în statistica mondială. Trebuie atrasă atenția asupra importanței tendințelor de a preveni mortalitatea maternă prin hemoragie. Ne referim în a tonie și lezarea părților moi. În materialul nostru din 8000 de nașteri (1941—1950) hemoragia s-a produs în 180 de cazuri din zona de dezlipire a placentei, hemoragia fiind etichetată, ca atonică. În toate cazurile cantitatea de singe a depășit 500 ml. În mai multe de jumătate a cazuri-

lor (50.6%) hemoragia a apărut după expulzia plăcetei iar o jumătate din acestea au survenit după nașteri simple necomPLICATE. Într-o statistică referitoare la un material de 18 ani, cele 79 cazuri de atonie gravă (1000—1500 gr de sînge) au survenit în perioada a IV-a.

Punctul cardinal al combaterii atoniei îl constituie profilaxia și înainte de toate o atitudine calmă la patul parturientei, administrarea corectă a ocitocicelor și a spasmoliticeleor, tratamentul rațional al încreșiei uterine, alegerea tratamentului potrivit, stabilirea imediată a planului terapeutic, etc., a căror expunere mai amplă ar depăși cadrul acestui referat. Combaterea hemoragiilor grave prin leziunea părților moi e de asemenea profilactică avînd ca bază solidă extinderea consultațiilor prenatale în masele cît mai largi ale gravidelor. Invățămîntului obstetrical îi revine un rol important în acest domeniu.

Complicația tipică a perioadei a IV-a este *șocul hemotransfuzional și colapsul obstetrical*. Observațiile noastre pledează pentru frecvența mai mare a complicațiilor hemotransfuzionale la femeile care au născut. Problema merită atenție. Colapsul obstetrical poate avea cauze diferite, mai ales de natură traumatică sau de pe urma narcozei. El survine mai des și poate creea situații critice după versiunile grele și după o dezlipire manuală brutală a plăcetei. Intervențiile obstetricale executate aproape exclusiv în narcoză cu eter sau cloretil pot fi urmate de numeroase complicații în perioada a IV-a. Aceasta se explică prin faptul că parturientele nu sînt pregătite pentru intervențiile obstetricale, nu li se administrează opiacee din cauza fătului, din care motiv substanța narcotică pătrunde în organism într-o cantitate mai mare. Hiperemia mucoasei căilor respiratorii predispune la complicații pulmonare, ca edem, pneumonie prin aspirație, care duc la o îngreunare a circulației și în primul rînd la slăbirea miocardului. În această perioadă ne putem aștepta la apariția unor *complicații cerebro-vasculare* apărute pe fondul unei *toxemii* latente, la o decompensație miocardică acută, fie pe baza unei cardiopatii manifeste sau a unei miocardite latente. Uneori se declanșează o *eclampsie* fără orice prodrom.

Complicațiile enumerate sînt cele mai frecvente în perioada a IV-a. Din cele spus: pînă acum rezultă că asistența acestei perioade cere multă vîgilență, o bună pregătire profesională și un întreg arsenal terapeutic. Medicul care lucrează la domiciliul parturientei sau într-o casă de naștere poate fi liniștit numai atunci dacă își poate supraveghea pacienta și în perioada a IV-a. E important, chiar decisiv ca parturienta să fie asistată de o moașă sau felerită bine pregătită. Problema discutată scoate în relief sarcini organizatorice importante, în scopul de a obține scăderea mortalității materne ridicate încă și azi în cursul acestei perioade.