

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

CAROL DAVILA , BUCUREȘTI

ȘCOALA DOCTORALĂ

DOMENIUL MEDICINĂ

***STUDIU PRIVIND RECUPERAREA LĂUZELOR ÎN FUNCȚIE
DE MODALITATEA DE NAȘTERE***

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:

PROF. UNIV. DR. NANU DIMITRIE

Student-doctorand:

OPREA (CĂS. NARTEA) ROXANA

2018

Lucrări științifice publicate in extenso pe parcursul cercetării doctorale :

1. *Low Back Pain in Pregnancy and Postpartum Period* ; **NARTEA Roxana**, NICA Adriana Sarah, MITOIU Brîndusa, EDU Antoine, MEHEDINTU Claudia, PITURU Silviu; Proceedings of the National Conference of the Romanian Association for the Study of Pain (26-27 October 2017); pg 531; *FILODIRITTO INTERNATIONAL PROCEEDINGS*; ISBN 978-88-95922-98-0;
http://www.filodirittoeditore.com/index.php?route=product/product&product_id=150
2. *Pelvic floor rehabilitation during and after pregnancy*, **Nartea Roxana**, Nanu Dimitrie, Constantinovici Mariana, Adriana Sarah Nica, *INDIAN JOURNAL OF APPLIED RESEARCH*, vol 6, Issue 2, Februarie 2016, ISSN 2249-555X, Impact Factor 3.919; Index Copernicus IC value 74.50 www.ijar.in

Rezumat:

- *The connection between diastasis recti abdominis evolution and low-back pain from childbirth to 6 months postpartum*, **Roxana Nartea**, Adriana Sarah Nica, Dimitie Nanu, *Osteoporosis International*, Ed. Springer, 2017 Mar; vol 28, Suppl 1:S1-190. WCO-IOF-ESCEO, Florenta; doi: 10.1007/s00198-009-0878-1; ISI Thomson Scientific Master Journal List, ISSN: 0937-941X (print version) ISSN: 1433-2965 (electronic version); www.springer.com; IF: 3,445;

CUPRINS

I. PARTEA GENERALĂ.....	13
1. MODIFICĂRI ADAPTATIVE MUSCULOSCHELETALE FAVORIZATE DE SARCINĂ.....	14
2. SINDROAME MORFOPATOLOGICE FAVORIZATE DE SARCINĂ.....	28
2.1. Diastaza mușchilor dreپți abdominali.....	28
2.2. Durerea lombosacrată.....	30
2.3. Durerea centurii pelvine.....	32
2.4. Afecțiuni locomotorii la nivelul membrelor inferioare	35
3. CONSECINȚELE MUSCULOSCHELETALE DATORATE NAȘTERII	38
3.1. Afecțiuni musculoscheletale intrapartum.....	38
3.1.1. Diastaza simfizei pubiene	38
3.1.2. Osteoporoza tranzitorie din sarcină.....	39
3.1.3. Fracturi de stres la nivel sacrat	40
3.1.4. Coccidinia și fracturile de coccis.....	41
3.2. Traumatismele planșeului pelvin și consecințele acestora.....	41
3.2.1. Leziuni la nivelul sfincterului obstetrical anal	42
3.2.2. Incontinența urinară și pierderile involuntare de urină.....	44
3.2.3. Leziunile mușchiului ridicător anal.....	45
3.3. Durerea centurii pelvine în postpartum.....	48
3.4. Durerea cronică după naștere.....	56
3.5. Manifestări psiho-comportamentale în postpartum	57
II. PARTEA PERSONALĂ.....	60
4. IPOTEZA DE LUCRU ȘI OBIECTIVELE GENERALE	61
5. METODOLOGIA GENERALĂ A CERCETĂRII	62
6. STUDIUL - RECUPERAREA LĂUZELOR ÎN POSTPARTUM.....	64

6.1.	Ipoteza de lucru și obiectivele specifice.....	64
6.2.	Material și metodă	65
6.3.	Rezultate și discuții.....	69
6.4.	Identificarea riscului de depresie postnatală.....	119
III.	CONCLUZII.....	140
7.	CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE	141
	BIBLIOGRAFIE	148
	ANEXE.....	181

I. PARTEA GENERALĂ

Introducere

Afectiunile musculoscheletale reprezintă a doua cauză de dizabilitate la nivel mondial conform ultimului raport al Organizației Mondiale pentru Sănătate, publicat în februarie 2018 [1]. Există peste 150 de afecțiuni ale sistemului osos și muscular, însă dintre acestea, durerea lombară este cea mai frecventă și cea mai dizabilitantă. Conform aceluiași raport una din trei, respectiv una din cinci persoane suferă de un grad de dizabilitate secundă afecțiunilor musculoscheletale. Aceste suferințe reduc semnificativ mobilitatea și implicit activitățile cotidiene (ADL), cresc numărul de zile de concediu medical și reprezintă o povară pentru sistemele de asigurări de sănătate.

Intr-un studiu realizat de Global Burden of Disease (GBD) se arată că prevalența acestor afecțiuni variază cu vârsta, dar și faptul că 30% din populația generală suferă de o afecțiune de tip musculoscheletal. [2]. Un studiu realizat în Statele Unite în 2016 la inițiativa asociației Bone and Joint subliniază faptul că 1 din 2 americani adulți acuză o suferință musculoscheletală, același număr ca și cei care au o suferință cardiovasculară și/sau respiratorie la un loc. [3]

Pentru multe femei ce dezvoltă durere cronică de tip musculocheletal, momentul declanșator îl reprezintă perioada sarcinii, nașterii sau perioada de lăuzie.

În cazul gravidelor au fost incriminate o serie de mecanisme declanșatoare inclusiv biomecanice, hormonale, inflamatorii și neuronale însă etiologia, patogeneza diagnosticul și tratamentul sunt încă insuficient studiate și incomplet înțelese. [4,5,6] Este posibil ca modificările asupra sistemului osos și muscular să fie influențate de fluctuațiile hormonale, în contextul creșterii în greutate, a modificărilor posturale și schimbării centrului de greutate, ce predispun gravida la suferințe de tip musculoscheletal acut. Răspunsul de tip inflamator din cadrul acestor afecțiuni este demonstrat în literaturii medicală, iar el poate apare și în cazul gravidelor îndeosebi datorită vulnerabilității acestora. Înțelegerea sistemului musculoscheletal ca un întreg este esențială pentru recuperarea optimă a acestor afecțiuni. [7]

Durerea lombo-pelvină afectează aproximativ 50% dintre gravide pe perioada sarcinii [8]. În cele mai multe cazuri, această durere dispare la 1-3 luni postpartum [9]. Studii au demonstrat faptul că, recuperarea incompletă după o durere de tip musculoscheletal secundară sarcinii duce la apariția durerii cronice [10-14]. Severitatea dar și localizarea durerii pe perioada sarcinii poate oferi informații cu privire la riscul de dezvoltare a unei dureri cronice în perioada postpartum [10,15]. Studii din literatura recentă arată faptul că femeile cu durere de intensitate mare pe perioada sarcinii și care au suferit o intervenție chirurgicală, au un risc crescut de dezvoltare a unei dureri cronice la 6 luni după naștere. [10,15] Este posibil ca, în perioada sarcinii femeile cu durere persistentă să dezvolte anomalii sau leziuni la nivelul componentelor periferice sau centrale ale sistemului nervos și astfel, riscul de dezvoltare a durerii cronice este crescut [16,17,18].

În octombrie 2010 Oficiul pentru Cercetare a Sănătății femeilor (ORWH) a convocat un forum de cercetare științifică, intitulat *Probleme în cercetarea clinică: înscrierea femeilor gravide*, în parteneriat cu mai multe institute, Departamente ale Institutelor Naționale de Sănătate (INS), Administrația Alimentelor și Medicamentelor (FDA) pentru a aborda probleme legate de piedicile cu care anchetatorii se confruntă în crearea, inițierea și desfășurarea studiilor clinice de cercetare care implică femeile însărcinate. În cadrul acestui forum, participanții au fost provocați să găsească lacune în cunoștințele privind tratamentul medicamentos și sarcină, pentru a crește baza de date privind includerea femeilor însărcinate în cercetarea clinică și să realizeze cercetări clinice adecvate științific și etic. Planul strategic INS privind starea de sănătate a femeilor a identificat șase obiective majore pentru cercetarea sănătății femeilor, dintre care unul a fost creșterea cercetării pentru a actualiza datele privind prevenția, diagnosticarea și terapiile personalizate femeilor. [19] Printre obiectivele specifice enumerate în acest scop s-au numărat două obiective care au vizat în mod direct sarcina: (1) încurajarea cercetării privind intervențiile sigure și eficiente pentru tratamentul femeilor însărcinate și (2) extinderea cercetării privind identificarea afecțiunilor legate de sarcină și rolul acestora în sănătatea femeilor și copiilor.

Durerea este conform IASP (Asociația Internațională pentru Studiul Durerii), cea mai comună experiență personală neplăcută, senzorială și emoțională asociată cu o leziune tisulară acută sau potențială, sau descrisă în acești termeni. [20,21]

Tratamentul durerii este influențat de mai mulți factori dintre care, durerea acută postoperatorie, hipotermia, greata și vărsăturile postoperatorii, hipovolemia, hiperhidratarea, imobilizarea prelungită, fatigabilitatea. [22].

Sarcina reprezintă și o perioadă de creștere a riscului de depresie, în literatură fiind menționat faptul că una din cinci femei va suferi de depresie în timpul sarcinii. [23,24]. Starile de anxietate sunt de asemenea prezente și uneori însoțesc depresia, atât în sarcină cât și în postpartum.

Calitatea vieții este un concept multidimensional, comprimând aspecte din viața cotidiană și profesională, aspecte economice sociale și familiale.

În anul 2015, în revista *Ginecologia* apare o analiză statistică privind evoluția numărului de nașteri prin operație de cezariană în România, între anii 1990- 2013. [25] Conform acestui studiu, în România, numărul operațiilor de cezariană a crescut, urmând trendul ascendent de la nivel European, de la 4,99%, cât era în 1990, la 34,15%, în 2013. Creșterile la nivel național au prezentat diferențieri în funcție de regiune. În București, rata fiind în 2013, de peste 40%. [25]

II. Contribuții personale

Ipoteza de cercetare a pornit de la faptul că tipul nașterii influențează diferit condiția musculoscheletală a lăuzelor, iar consecințele tipului de naștere sunt diferite pe termen lung. Identificarea și recunoașterea acestor afecțiuni musculoscheletale încă din momentul nașterii se traduce printr-un control mai bun al durerii, prevenția progresiei condițiilor patologice musculoscheletale și implicit o creștere a calității vieții, în această perioadă plină de provocări fizice și emoționale.

Obiectivele specifice din cadrul acestui studiu vizează identificarea unor răspunsuri la următoarele întrebări:

1. Există caracteristici socio-demografice în funcție de modalitatea de naștere la lăuze?
2. Antecedentele personale reprezintă un factor de risc pentru nașterea prin cezariană ?
3. Există diferențe determinate de modalitatea de naștere asupra caracteristicilor nou-născutului ?
4. Evaluarea clinică a sistemului musculoscheletal a lăuzelor poate evidenția particularități care pot influența scorul durerii în postpartumul propriu-zis?
5. Influențează modalitatea de naștere evoluția sindroamelor patologice musculoscheletale favorizate de sarcină ?
6. Se pot evidenția factori de risc privind influența modalității de naștere asupra condiției musculoscheletale din postpartum ?
7. Lăuzele cu cezariană prezintă un risc crescut pentru depresie în perioada de lăuzie imediată ?
8. Lăuzele cu naștere vaginală prezintă scoruri mai mari la Chestionarul pentru Aprecierea Controlului Vezicii Urinare ?

Material și metodă - Lotul a cuprins 306 lăuze, internate în cadrul Secției de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Clinic "Nicolae Malaxa" în perioada iunie – noiembrie 2017. Selecția pacientelor s-a făcut respectând criteriile de includere (pacientă internată, dorința exprimată de a participa la studiu, naștere vaginală sau cezariană fără complicații) și excludere (refuzul pacientei, pacienți analfabeți sau cu un nivel precar de educație care nu

le-a permis completarea auto-chestionarelor utilizate în studiu, naștere vaginală sau cezariană cu complicații).

Pacientele incluse în studiu au fost distribuite în două loturi :

- Lotul I a cuprins un număr de 114 paciente cu naștere eutocică
- Lotul II a cuprins un număr de 192 lăuze cu naștere prin operație cezariană

Instrumente utilizate în cercetare : Pentru realizarea cercetării am utilizat instrumente elaborate pentru actuala cercetare în vederea colectării datelor socio-demografice și clinice (Fișa lăuzei pentru date socio-demografice, istoric sarcină, date clinice – Anexa nr 1) și instrumente standardizate pentru colectarea datelor necesare evaluării riscului de depresie și a manifestărilor clinice asociate (Scala Edinburg pentru evaluarea riscului de depresie în postpartum – Anexa 2, Chestionar pentru aprecierea Controlului Vezicii Urinare – Anexa 3, Scala VAS). (Tabel nr 1)

Tabel nr. 1. Instrumente utilizate în cercetare

Instrumentul utilizat	Scopul utilizării	Momentul utilizării
Fișa personală a pacientului pentru datele socio - demografice, paraclinice și clinice	Evaluarea caracteristicilor socio-demografice, clinice și paraclinice ale pacientului	Perioada de lehuzie imediată Perioada de lehuzie tardivă
Chestionar pentru aprecierea Controlului Vezicii Urinare	Evaluarea tonusului plansului pelvin	Perioada de lehuzie imediată Perioada de lehuzie tardivă
Scala Edinburg pentru evaluarea riscului de depresie	Evaluarea riscului de depresie	Perioada de lehuzie imediată Perioada de lehuzie tardivă
Scala VAS	Cuantificarea durerii	Perioada de lehuzie imediată Perioada de lehuzie tardivă
Evidențierea clinica a DRA	Evaluarea clinica DRA	Perioada de lehuzie imediată Perioada de lehuzie tardivă

Prelucrarea statistică a datelor s-a realizat în programul Microsoft Excel și programul IBM SPSS Statistics 20.0. În analiza datelor am respectat următoarele elemente: variabilele cantitative au fost prelucrate în funcție de distribuție, indicatori de dispersie (valoare

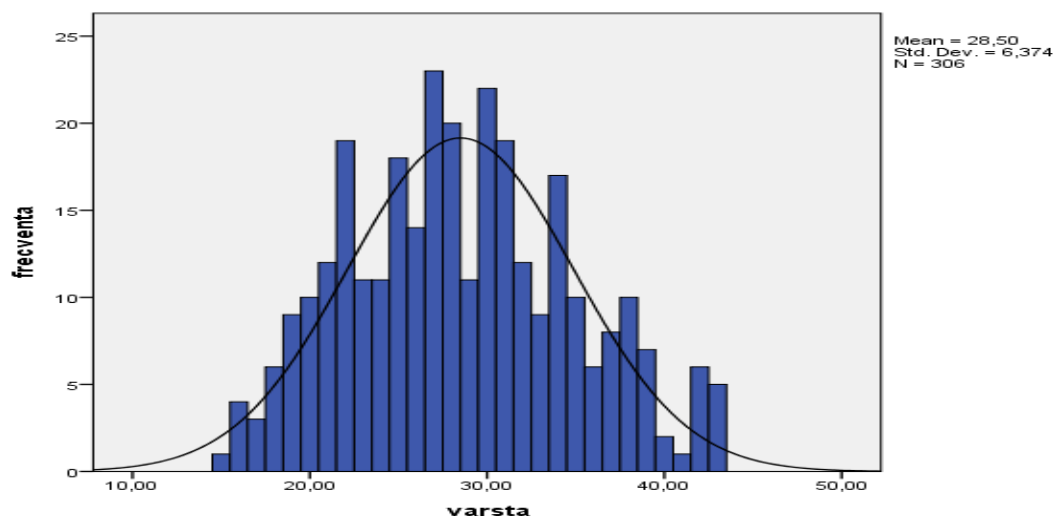
minimă și maximă, deviație standard) și indicatori de tendință centrală (medie, mediană) iar în cazul variabilelor calitative am calculat frecvențe absolute și relative.

Am realizat comparații în funcție de tipul nașterii, existența diastazei de drepti abdominali, a durerii lombare pentru variabilele calitative am utilizat testul chi square sau fisher în funcție de situație. Pentru aceleași situații, dar în cazul variabilelor cantitative de tip continuu am utilizat testul T- Student.

Rezultate și concluzii

◆ Cercetarea de față a luat în studiu 306 lehuze cu naștere eutocică sau cezariană fără complicații internate în cadrul Spitalului Clinic Nicolae Malaxa în perioada iunie - noiembrie 2017.

◆ Se remarcă la nivelul lotului procentul ridicat al nașterilor prin cezariană, respectiv 62,75% dar și numărul mare al mamelor adolescente, respectiv 5,7%.



◆ Din punct de vedere al caracteristicilor socio-demografice, la nivelul lotului studiat, vârsta nu reprezintă un factor de risc pentru modalitatea de naștere. Cele 114 paciente cu naștere eutocică, au avut o vârstă medie de $28,11 \pm 6,81$ ani, nesemnificativ statistic ($p=0,405$) mai mică decât a celor care au născut prin cezariană ($28,73 \pm 6,11$ ani).

Starea civilă a lăuzelor este nesemnificativ statistic corelată cu modalitatea de naștere. 54,46% dintre pacientele care au născut vaginal sunt căsătorite, 30,36% trăiesc în concubinaj și 15,18% sunt singure. Dintre pacientele cu naștere prin operație cezariană, 61,46% sunt căsătorite, 29,17% trăiesc în concubinaj și 9,37% sunt singure.

Reședința reprezintă un factor de risc pentru modalitatea de naștere. Ponderea pacientelor care au făcut cezariană este semnificativ statistic ($p=0,027$) mai mare în mediul urban (78,13%) față de mediul rural. De asemenea, pacientele din mediul rural au o pondere mai mare a nașterilor prin cezariană (66,67%).

Nivelul de educație este un factor de risc pentru modalitatea de naștere. La nivelul lotului de studiu, se remarcă o diferență semnificativă statistic ($p<0,001$) a distribuției pacientelor în funcție de nivelul de educație și tipul nașterii. Cele mai multe paciente cu naștere vaginală au studii medii (63,16%), iar cele mai multe nașteri prin cezariană se înregistrează la cele cu studii superioare (56,02%).

◆ Paritatea nu reprezintă un indicator pentru modalitatea de naștere. 54,39% dintre primipare și 45,61% dintre multipare au născut pe cale vaginală, ne semnificativ statistic ($p=0,696$) în privința distribuției pacientelor în funcție de paritate și tipul nașterii.

◆ Prevalența antecedentelor personale patologice și a sindroamelor musculoscheletale algice la pacientele cu cezariană, este semnificativ mai mare, 15,1% față de cea a pacientelor cu naștere vaginală, respectiv 6,14% ($p=0,019$).

◆ Media greutății nou-născuților născuți prin cezariană ($3171,5\pm 507,06$ grame) este ne semnificativ statistic ($p=0,766$) mai mare comparativ cu a celor născuți vaginal ($3154,4\pm 451,48$ grame). Cei cinci nou-născuți proveniți din mame cu diabet gestațional au o greutate medie la naștere de $3630,0\pm 1057,47$ grame, semnificativ statistic ($p=0,031$) mai mare decât a celor proveniți din mame fără diabet gestațional ($3157,4\pm 471,14$ grame).

Greutatea medie a nou născuților proveniți din mame fumătoare (3060 ± 541 grame) este semnificativ statistic ($p=0,019$) mai mică comparativ cu a nou-născuților proveniți din mame nefumătoare (3205 ± 458 grame).

Tabel nr. 6.16. Media greutății nou-născuții în funcție de prezența fumatului

	fumat	N	Medie	Deviație standard	P value
greutate nou nascut	da	85	3060,5	541,18	0,019
	nu	221	3205,4	458,61	

◆ Statusul ponderal evaluat prin Indicele de Masă Corporală și Circumferința Abdominală diferă semnificativ statistic în cadrul celor doua loturi atât la momentul nașterii, cât și la 6-8 săptămâni postpartum.

Indicele de masă corporală înainte de sarcină al femeilor care mai apoi au născut prin cezariană ($23,38 \pm 4,18 \text{ kg/m}^2$) este semnificativ statistic mai mare ($p=0,048$) comparativ cu indicele de masă corporală al femeilor care au născut vaginal ($22,44 \pm 3,64 \text{ kg/m}^2$).

Circumferința abdominală în postpartumul propriu-zis este semnificativ statistic mai mare ($p=0,002$) în cazul femeilor care au născut prin cezariană ($102,96 \pm 10,35 \text{ cm}$) față de cele care au născut normal ($99,27 \pm 9,38 \text{ cm}$).

Circumferința abdominală la 6-8 săptămâni postpartum este semnificativ statistic mai mare ($p=0,009$) în cazul femeilor care au născut prin cezariană ($89,77 \pm 10,33 \text{ cm}$) față de cele care au născut normal ($86,17 \pm 10,09 \text{ cm}$).

Creșterea ponderală în sarcină se corelează negativ semnificativ statistic ($\rho=-0,142$; $p=0,013$) cu indicele de masă corporală dinainte de sarcină, adică cu cât indicele de masă corporală înainte de sarcină era mai mic cu atât creșterea ponderală în sarcină este mai mare, și invers.

Creșterea ponderală în sarcină se corelează negativ semnificativ statistic ($\rho=-0,398$; $p<0,001$) cu diferența ponderală la 6-8 săptămâni postnatal față de greutatea din sarcină, adică cu cât creșterea ponderală în sarcină era mai mică cu atât diferența ponderală la 6-8 săptămâni postnatal față de greutatea din sarcină este mai mare și invers.

Circumferința abdominală postnatală precoce se corelează pozitiv semnificativ statistic cu diferența greutății la 6-8 săptămâni față de greutatea inițială ($\rho=0,153$; $p=0,019$), cu circumferința abdominală la 6-8 săptămâni postnatal ($\rho=0,831$; $p<0,001$), cu vârsta ($\rho=0,241$; $p<0,001$), cu numărul de sarcini ($\rho=0,139$; $p=0,015$), cu durata gestației ($\rho=0,183$; $p=0,001$) și cu greutatea nou-născutului ($\rho=0,210$; $p<0,001$), adică cu cât circumferința abdominală după naștere era mai mare cu atât diferența greutății la 6-8 săptămâni față de greutatea inițială, circumferința abdominală la 6-8 săptămâni postpartum, vârsta, numărul de sarcini, durata gestației și greutatea nou-născutului erau mai mari, și invers.

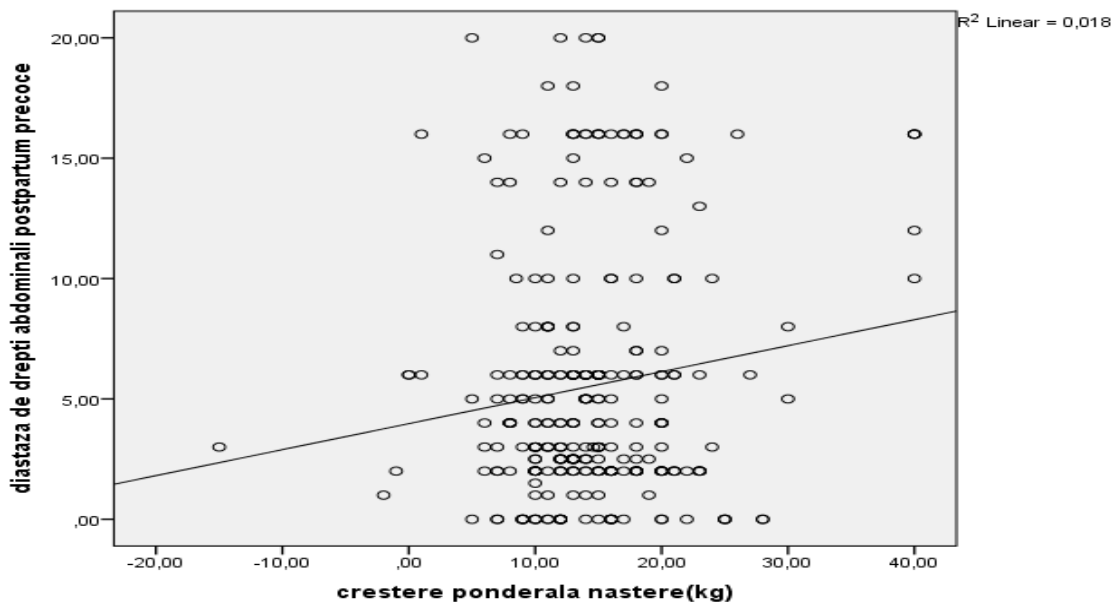
Circumferința abdominală la 6-8 săptămâni postpartum se corelează pozitiv semnificativ statistic cu vârsta ($\rho=0,370$; $p<0,001$), cu numărul de sarcini ($\rho=0,162$; $p=0,012$), cu nivelul de educație ($\rho=0,145$; $p=0,025$) și cu greutatea nou-născutului ($\rho=0,139$; $p=0,033$), adică cu cât circumferința abdominală la 6-8 săptămâni postpartum era mai mare cu atât vârsta, numărul de sarcini, nivelul de educație și greutatea nou-născutului erau mai mari, și invers.

◆ Prevalența diastazei dreptilor abdominali la nivelul lotului este de 61,76% în postpartumul propriu-zis, respectiv 38,89% la 6-8 săptămâni postpartum.

Diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce se corelează pozitiv semnificativ statistic ($r=0,134$; $p=0,019$) cu creșterea ponderală în sarcină, adică cu cât creșterea ponderală în sarcină este mai mare cu atât diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce va fi mai mare, și invers.

Diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce se corelează pozitiv semnificativ statistic ($r=0,134$; $p=0,019$) cu creșterea ponderală în sarcină, adică cu cât creșterea ponderală în sarcină este mai mare cu atât diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce va fi mai mare, și invers. (grafic nr. 69)

Grafic nr. 6.35. Corelația dintre diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce și creșterea ponderală în sarcină



Media diastazei de drepti abdominali postpartum precoce la femeile care au născut vaginal ($M=6,61\pm 5,99$) este semnificativ statistic ($p=0,003$) mai mare comparativ cu media diastazei de drepti abdominali postpartum precoce la femeile care au născut prin cezariană ($M=4,87\pm 4,21$).

Media diastazei de drepți abdominali postpartum tardiv la femeile care au născut vaginal ($M=5,10\pm 5,83$) este ne semnificativ statistic ($p=0,115$) mai mare comparativ cu media diastazei de drepți abdominali postpartum tardiv la femeile care au născut prin cezariană ($M=4,06\pm 4,18$).

Media de vârstă a femeilor care impune stabilirea diagnosticului DRA postpartum precoce ($M=29,12\pm 6,15$) este semnificativ statistic ($p=0,030$) mai mare comparativ cu cea a femeilor la care DRA postpartum precoce este fără semnificație clinică ($M=27,49\pm 6,61$).

Tabel nr. 6.23. Compararea vârstei participantelor la studiu în funcție de semnificația clinică a DRA

		N	Media vârstei	Deviație standard	P value
DRA postpartum precoce	fară semnificație clinică	117	27,49	6,61	0,030
	impune stabilire diagnostic DRA	189	29,12	6,15	
DRA postpartum tardiv	fară semnificatie clinică	115	26,74	6,26	<0,001
	impune stabilire diagnostic DRA	119	30,86	5,27	

Media de vârstă a femeilor care impune stabilirea diagnosticului DRA postpartum tardiv ($M=30,86\pm 5,27$) este semnificativ statistic ($p<0,001$) mai mare comparativ cu cea a femeilor la care DRA postpartum tardiv este fără semnificație clinică ($M=26,74\pm 6,26$).

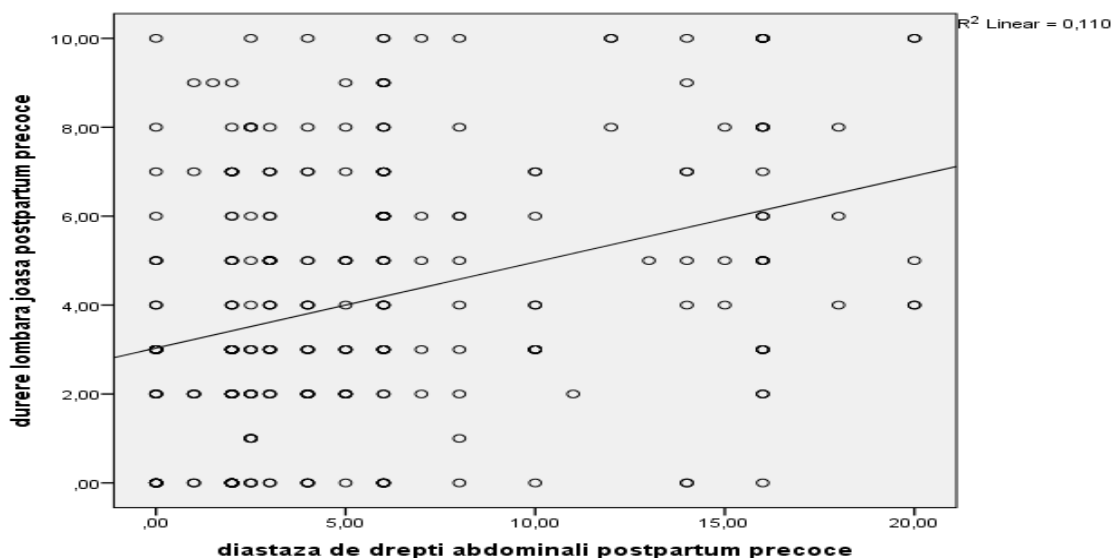
Dintre pacientele la care în postpartum precoce se impunea stabilirea diagnosticul DRA, doar 20,67% aveau DRA fără semnificație clinică postpartum tardiv ($p<0,001$)

Diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce se corelează pozitiv semnificativ statistic ($r=0,332$; $p<0,001$) cu durerea lombară joasă postpartum precoce, adică cu cât

durerea lombară joasă postpartum precoce este mai mare cu atât diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce va fi mai mare, și invers.

Diastaza dreptilor abdominali postpartum tardiv se corelează pozitiv semnificativ statistic ($r=0,624$; $p<0,001$) cu durerea lombară joasă postpartum tardiv, adică cu cât durerea lombară joasă postpartum tardiv este mai mare cu atât diastaza dreptilor abdominali postpartum tardiv va fi mai mare, și invers.

Grafic nr.6.46. Corelație între durerea lombară joasă și diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce



Diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce se corelează pozitiv semnificativ statistic ($r=0,187$; $p=0,001$) cu incontinența urinară postpartum precoce, adică cu cât incontinența urinară postpartum precoce este mai mare cu atât diastaza dreptilor abdominali postpartum precoce va fi mai mare, și invers.

Diastaza dreptilor abdominali postpartum tardiv se corelează pozitiv semnificativ statistic ($r=0,135$; $p=0,039$) cu incontinența urinară postpartum tardiv, adică cu cât incontinența urinară postpartum tardiv este mai mare cu atât diastaza dreptilor abdominali postpartum tardiv va fi mai mare, și invers.

Media diastazei de drepti abdominali postpartum precoce la femeile care au născut vaginal ($M=6,61\pm 5,99$) este semnificativ statistic ($p=0,003$) mai mare comparativ cu media diastazei de drepti abdominali postpartum precoce la femeile care au născut prin cezariană ($M=4,87\pm 4,21$).

Media diastazei de dreți abdominali postpartum tardiv la femeile care au născut vaginal ($M=5,10\pm 5,83$) este ne semnificativ statistic ($p=0,115$) mai mare comparativ cu media diastazei de dreți abdominali postpartum tardiv la femeile care au născut prin cezariană ($M=4,06\pm 4,18$).

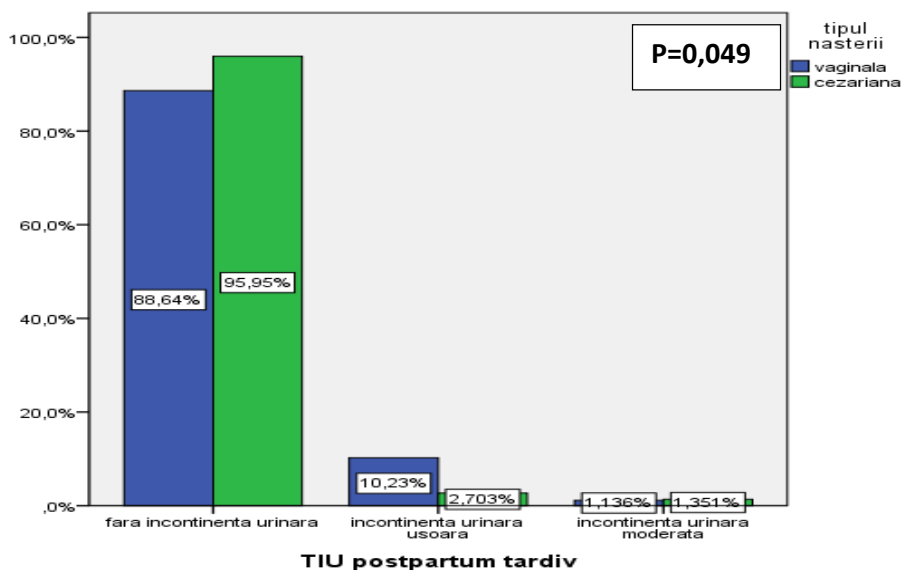
♦ Media scalei VAS a durerii lombare postpartum precoce ($M=4,06\pm 2,93$) este semnificativ statistic ($p<0,001$) mai mare față de media scalei VAS a durerii lombare joase postpartum tardiv ($M=2,82\pm 2,46$). Media scorului VAS al durerii lombare joase atât postpartum precoce, cât și postpartum tardiv nu prezintă diferențe semnificative statistic ($p=0,555$, respectiv $p=0,920$) în funcție de tipul nașterii.

♦ Media scorului incontinenței urinare postpartum precoce ($M=1,89\pm 2,08$) este semnificativ statistic ($p<0,001$) mai mare față de media scorului incontinenței urinare postpartum tardiv ($M=0,22\pm 0,84$).

Media scorului incontinenței urinare nu prezintă diferențe semnificative statistic nici postpartum precoce ($p=0,784$), nici postpartum tardiv ($p=0,131$) în funcție de tipul nașterii.

Distribuția pacienților în funcție de Incontinența Urinară postpartum tardiv și tipul nașterii diferă semnificativ statistic ($p=0,049$), riscul de incontinență urinară fiind semnificativ mai mare la femeile cu naștere vaginală.

Grafic nr. 6.51. Distribuția pacienților în funcție de TIU postpartum tardiv și tipul nașterii



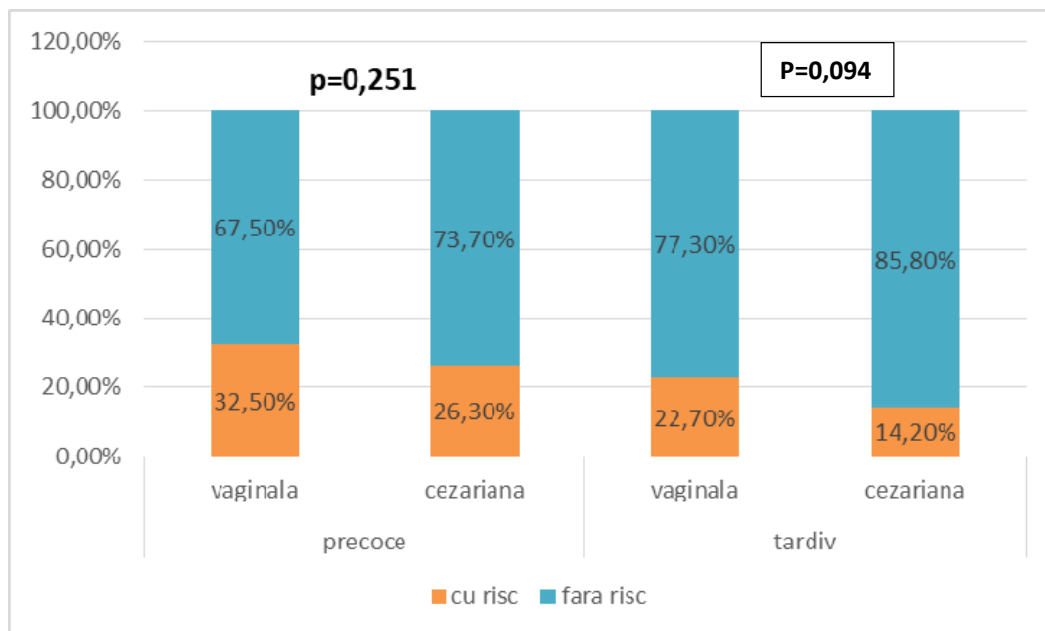
Media scorului incontinenței urinare nu prezintă diferențe semnificative statistic nici postpartum precoce ($p=0,784$), nici postpartum tardiv ($p=0,131$) în funcție de tipul nașterii.

◆ Media scorului Edinburgh postpartum precoce ($M=10,30\pm 4,49$) este nesemnificativ statistic ($p<0,001$) mai mare comparativ cu al celor care au născut prin cezariană ($M=8,74\pm 4,51$).

Nu se înregistrează diferențe semnificative statistic în funcție de tipul nașterii în ceea ce privește riscul de depresie postpartum precoce ($p=0,251$) și riscul de depresie postpartum tardiv ($p=0,094$). Postpartum precoce, 32,5% dintre femeile care au născut vaginal și 26,31% dintre cele care au născut prin cezariană prezintă risc de depresie postnatală.

Postpartum tardiv, ponderea femeilor cu risc de depresie postpartum scade, 22,7% dintre femeile care au născut vaginal și 14,2% dintre cele care au născut prin cezariană prezintă risc de depresie postnatală.

Grafic nr. 6.73. Distribuția participantelor la studiu în funcție de riscul de depresie postpartum și tipul nașterii

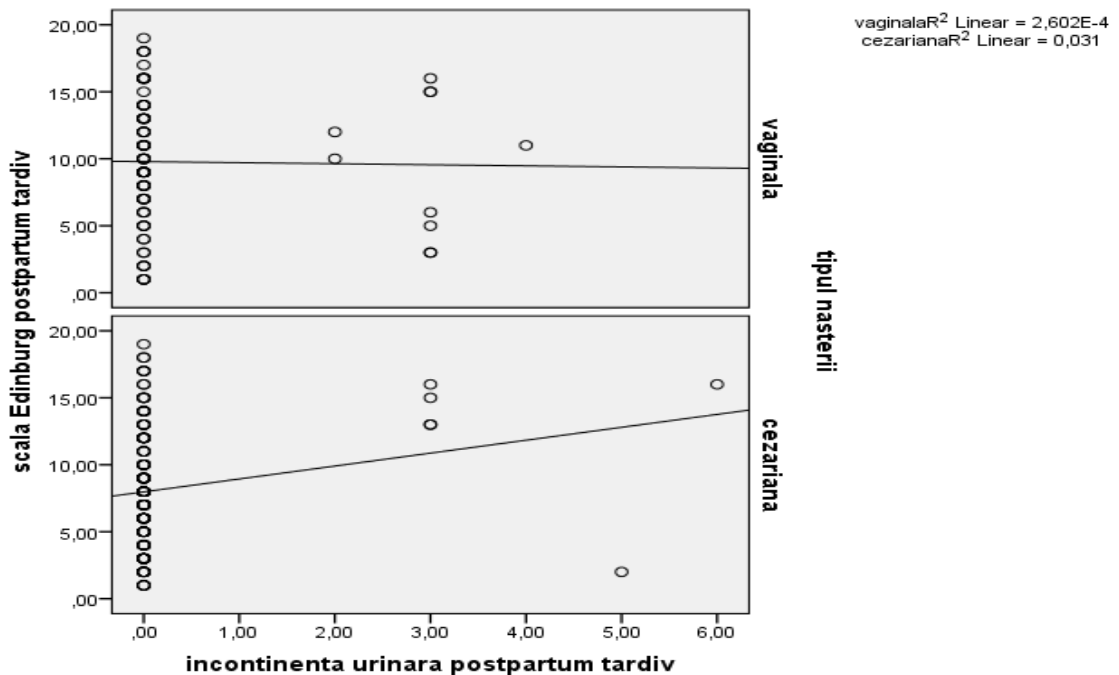


Scorul Edinburgh postpartum precoce pentru femeile care au născut vaginal se corelează negativ ne semnificativ statistic ($r=-0,119$; $p=0,104$) cu durerea lombară joasă postpartum precoce. În cazul femeilor care au născut prin cezariană, acestea se corelează pozitiv ne semnificativ statistic ($r=0,079$; $p=0,141$).

◆ Scorul Edinburgh postpartum tardiv pentru femeile care au născut vaginal se corelează negativ ne semnificativ statistic ($r=-0,183$; $p=0,044$) cu durerea lombară joasă postpartum tardiv. În cazul femeilor care au născut prin cezariană, acestea se corelează negativ ne semnificativ statistic ($r=-0,072$; $p=0,195$), însă se corelează pozitiv semnificativ statistic ($r=0,148$; $p=0,039$) cu durerea lombară joasă postpartum precoce.

◆ Scorul Edinburgh postpartum tardiv pentru femeile care au născut vaginal se corelează negativ ne semnificativ statistic ($r=-0,016$; $p=0,441$) cu incontinența urinară postpartum tardiv. În cazul femeilor care au născut prin cezariană, acestea se corelează pozitiv semnificativ statistic ($r=0,179$; $p=0,016$).

Grafic nr. 6.78. Corelația dintre scala Edinburgh și incontinența urinară postpartum tardiv în funcție de tipul nașterii



Următoarele aspecte contribuie la originalitatea acestei lucrări:

- Există în literatura medicală puține studii care să aibe drept obiectiv identificarea, evoluția afecțiunilor musculoschelatale favorizate de sarcină și consecințele acestora asupra stării de sănătate pe termen mediu și lung.
- În cele mai multe cazuri afecțiunile musculoscheletale favorizate de sarcină se remit în postpartum, însă, după cum a reieșit și din acest studiu, la o parte dintre femei ele persistă și după perioada postpartum.
- Trebuie inițiate la nivel național echipe interdisciplinare și protocoale terapeutice pentru identificarea precoce a acestor afecțiuni și a factorilor lor de risc pentru a preveni cronicizarea acestora și implicit, a afectării calității vieții femeilor.
- Trebuie realizate studii mai ample, care să se desfășoare pe o perioadă mai mare de timp și care să urmărească efectele inițierii unui program fizical-kinetic precoce, personalizat, asupra condiției musculoscheletale în sarcină și postpartum.

Bibliografie selectată din cadrul celor 374 de referințe bibliografice ale tezei:

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/musculoskeletal/en/>
2. G. B. D. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. 2017. *Lancet*, 390(10100), 1211-59 Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32154-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32154-2/fulltext)
3. Bone and Joint Initiative USA. 2016 *The Impact of Musculoskeletal Disorders on Americans — Opportunities for Action* <http://www.boneandjointburden.org/docs/BMUExecutiveSummary2016.pdf>
4. Aldabe D, Milosavljevic S, Bussey MD. Is pregnancy related pelvic girdle pain associated with altered kinematic, kinetic and motor control of the pelvis? A systematic review. *Eur Spine J.* 2012;21(9):1777–87.
5. Aldabe D, Ribeiro DC, Milosavljevic S, Dawn BM. Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. *Eur Spine J.* 2012;21(9):1769–76.
6. Palsson TS, Graven-Nielsen T. Experimental pelvic pain facilitates pain provocation tests and causes regional hyperalgesia. *Pain.* 2012;153(11):2233–40.
7. Ekman EF, Koman LA. Acute pain following musculoskeletal injuries and orthopaedic surgery: mechanisms and management. *Instr Course Lect.* 2005;54:21–33.
8. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004;13(7):575–89.
9. Ostgaard HC, Zetherstrom G, Roos-Hansson E. Back pain in relation to pregnancy: a 6-year follow-up. *Spine (Phila Pa 1976).* 1997;22(24):2945–50.
10. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(6):505–10.
11. Ostgaard HC, Andersson GB. Postpartum low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 1992;17(1): 53–5.
12. Gutke A, Ostgaard HC, Oberg B. Predicting persistent pregnancy-related low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008;33(12):E386–93.
13. Ostgaard HC, Roos-Hansson E, Zetherstrom G. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. *Spine (Phila Pa 1976).* 1996;21(23):2777–80.

14. Noren L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *Eur Spine J.* 2002;11(3):267–71.
15. Stapleton DB, MacLennan AH, Kristiansson P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002;42(5):482–5.
16. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain.* 2011;152(3 Suppl):S2–15.
17. Kilpatrick LA, Kutch JJ, Tillisch K, et al. Alterations in resting state oscillations and connectivity in sensory and motor networks in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *J Urol.* 2014;192(3):947–55.
18. FitzGerald MP, Payne CK, Lukacz ES, et al. Randomized multicenter clinical trial of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and pelvic floor tenderness. *J Urol.* 2012;187(6):2113–8.
19. Blehar MC, Spong C, Grady C, Goldkind SF, Sahin L, Clayton JA. Enrolling pregnant women: issues in clinical research. *Womens Health Issues.* 2013;23(1):e39–45.
20. Lindblom U, Merskey H., J.M. Mumford, et al.: Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. *Pain.* 1979; 3(suppl):S215-S221.
21. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms.* 2nd ed. 1994 International Association for the Study of Pain Seattle
22. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges for postoperative recovery. *Lancet* 2003;362:1921-1928.
23. Mota P., Pascoal A.G., Carita A.I., et al. Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbopelvic pain. *Manual Therapy.* No 20. Pg 200-205. 2015.
24. Boissonnault J.S., Blaschak M.J. Incidence of diastasis recti abdominis during the childbearing year. *Physical Therapy.* No 68. Pg 1082-1086. 1988.
25. Simionescu A.A., Marin E., Caesarean-sections in Romania between 1990-2013: a statistical analysis. *Revista Ginecologia.* Anul 3, nr 5 Supplement 1. 2015.