



Gh. Paladi, Olga Cernetechi, Aliona Bogdan-Moraru
**NAȘTEREA PREMATURĂ LA TERMENE DE GESTAȚIE ÎNTRE 22-28 SĂPTĂMÂNI,
 ASPECTE MEDICO-SOCIO-DEMOGRAFICE**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
 Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF
 (Șef catedră – prof.univ., dr. hab. med. Olga Cernetechi)*

SUMMARY

PREMATURE BIRTH TO BETWEEN 22-28 WEEKS GESTATIONAL AGE, MEDICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC ASPECTS

Key words: premature births, children with extremely low birth weight, perinatal mortality.

Introduction: *This article presents the results of a retrospective research that included 830 preterm births between 22-28 gestation weeks and 853 extremely low birth weight newborns (500-1000 g).*

The goal of the study: *During this particular study were analyzed all the medical and socio-demographic particularities of the pregnant women, determining the incidence of such births, the evidence of particularities in pregnancy and birth evolution, perinatal losses establishment and survival rate of newborns dependent on the terms of gestation and birth weight.*

Materials and methods: *It was used the information from the Statistic wear book of the National Bureau of Statistics of the Ministry of Health, the clinical and laboratory data obtained from the observation records of mother's, newborns of Neonatal Department of Intensive Care and Resuscitation and the data from the observation questionnaire. The materials were processed computerised.*

Results: *The study results established a 0,4% incidence of premature births between 22-28 weeks gestation terms out of total number of births and 9,2% from the number of premature births. Most pregnant women included in the survey belonged to disadvantaged social group, with low level of education (64,9%) and a compromised reproductive potential (21,6%). One of five pregnant women was not on the recorded evidence of a family doctor and the first time that they asked for medical care was in the early process of triggering the birth with premature rupture of the amniotic membranes preterm. Each patient's obstetric history was compounded with 2,6-3,1 reproductive losses, repeated miscarriages and premature births. The most encountered causes that induced premature birth at 22-24 weeks of gestation were urinary and vaginal infections, repeated abortions in early pregnancy terms, complications during pregnancy evolution, pregnancy-induced hypertension, preeclampsia, placental pathology, polyhydramnios, multiple pregnancy, premature rupture of the amniotic membranes preterm.*

Conclusions: *The studied perinatal losses among children born with extremely low birth weight 500-1000 g, showed a far lower rate (26,2%) of survival compared with similar indicators in the economic developed countries. Of all children born till 25 weeks of gestation, the survival rate was 10,3%. From 527 newborns alive, 60% died in the early neonatal period. Taking into consideration the results, conclusions and recommendations were formulated, aimed to improving the medical care of pregnant women with eminent abortion, as well as of children born with extremely low birth weight 500-1000 g, 22-28 weeks of gestation terms.*

РЕЗЮМЕ

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В 22-28 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ, МЕДИЦИНСКИЕ И
 СОЦИАЛЬНО - ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Ключевые слова: преждевременные роды, детей с экстремально низкой массой, перинатальной смертности, репродуктивные потери.

Введение: *В этой работе представлены результаты ретроспективного анализа 830 случаев преждевременных родов при сроках беременности 22-28 недель и 853 детей, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) (500-1000 г).*

Материалы и методы: *Были изучены медико-социальные и демографические особенности беременных, частота этих родов, особенности течения беременности и родов, перинатальные потери и степень выживаемости этих детей в зависимости от срока гестации и массы при рождении.*

Цель исследования: *Определить медицинские, социальные и демографические особенности при преждевременных родах в сроках гестации 22-28 недель.*

Результаты: *Результаты исследования показали, что большинство беременных женщин – 64,9%, принадлежали низкому социальному классу и уровню образования. Более 37% женщин не состояли официально в браке.*

Каждая пятая женщина не находилась под наблюдением медицинских работников, несмотря на отягощенный соматический, акушерский и гинекологический анамнез. У каждой женщины были зарегистрированы по 2,6 репродуктивных потерь.

Выводы: *Полученные результаты показали высокий уровень перинатальных потерь низкая частота выживаемость детей с экстремально-низкой массой – 26,2%, из рожденных детей в сроке 22-24 нед. не выжил ни 1 ребенок, а выживаемость рожденных в сроке 25 нед. составили 10,3%.*

Actualitatea. Nașterea prematură continuă să fie una din cele mai mari provocări ale obstetricii contemporane și medicinei perinatale, dacă vom lua în considerație că acești copii formează aproximativ 50% din mortalitatea perinatală, 70-80% din decesele neonatale precoce și 1/3 din pierderile infantile. Importanța prematurității poate fi explicată de asemenea prin faptul că pe parcursul ultimilor 20 ani, nu se observă o tendință de scădere a acestor nașteri, incidența lor în majoritatea țărilor atingând 10-12%, iar în cele în curs de dezvoltare 20-30% [14,18].

În același timp, progresul științei medicale, a obstetricii și neonatologiei din a doua jumătate a secolului XX-lea, a permis de a revedea limita inferioară de supraviețuire a copilului prematur, care a coborât de-a lungul timpului datorită organizării centrelor de perinatologie, implimentării noilor tehnologii și organizării noilor condiții pentru tratament și îngrijirea acestor copii [12,1].

În sumarul pierderilor reproductive în toată lumea, un loc important atât în aspect numeric, cât și calitativ îl ocupă copiii născuți prematuri, care formează rata înaltă a mortalității și morbidității perinatale și infantile [14,18].

Cu toate progresele obținute recent în domeniul obstetricii și altor discipline medicale, incidența nașterilor premature pe parcursul ultimelor 3 decenii are o tendință de creștere, menționăm totodată că folosirea noilor tehnologii în domeniul neonatologiei și sporirea calității de îngrijire a nou-născuților prematuri au dus la creșterea supraviețuirii acestor copii [17,18].

Pe parcursul a mai mult de 100 ani, cât numără istoricul îngrijirii nou-născuților prematuri, limita inferioară a viabilității era considerată masa la naștere a copilului mai mare de 1000 g. Până în anii '80 ai secolului trecut, copiii născuți sub 1000 g nu erau considerați viabili și nu erau înregistrați în statisticile oficiale statale [18].

Rezultatele științifice obținute în anii '60-'70 ai secolului trecut, în centrele perinatologice din țările nord-europene au demonstrat că atât mortalitatea cât și morbiditatea copiilor prematuri poate fi redusă, inclusiv în rândul copiilor cu masă extrem de mică la

naștere (MEMN) 500–1000 g cu termene de gestație de 22-28 săptămâni. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) bazându-se pe aceste rezultate, a elaborat noi criterii de viabilitate a acestor copiii prematuri. Conform recomandărilor OMS, începând cu anii '80 ai secolului trecut, majoritatea țărilor europene au început să includă în statistica națională toți copiii născuți morți și vii cu masa de la 500 g și termenele de gestație 22 săptămâni. Această hotărâre, atât în aspect medical, cât și informațional, prevede implementarea standardelor și criteriilor europene, pentru a obține date statistice comparative ale indicatorilor perinatali în diferite țări și regiuni ale lumii [24].

În Republica Moldova, la recomandarea Organizației Mondiale a Sănătății, înregistrarea oficială în statistica națională a acestor copii a început de la 01.01.2008, conform ordinului nr. 452 din 06.12.2007 al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova [3].

Deși au trecut 7 ani de la începutul înregistrării în statistica de stat a tuturor copiilor născuți cu masa extrem de mică (500-1000 g), astăzi noi nu dispunem de o informație științifică în ce privește particularitățile evoluției sarcinii și nașterii la termenele de gestație 22-28 săptămâni, care este limita viabilității acestor copii prematuri și care sunt pierderile perinatale în condițiile reale de activitate a centrelor de perinatologie din Republica Moldova [3,4,5].

Scopul studiului constă în evidențierea particularităților medico-socio-demografice ale nașterilor premature la termene de gestație 22-28 săptămâni.

Pentru realizarea studiului au fost propuse următoarele obiective:

1. Determinarea incidenței nașterilor premature la termene de gestație 22-28 săptămâni, în coraport cu numărul total de nașteri și nașteri premature înregistrate în Republica Moldova pe parcursul anilor 2008-2012.

2. Evidențierea implicării factorilor medico-socio-demografici în determinarea prematurității extreme.

3. Descrierea particularităților evoluției sarcinii și nașterii ale pacientelor incluse în studiu.

4. Stabilirea pierderilor perinatale și a ratei de supraviețuire a nou-născuților dependent de termenele de gestație și masa la naștere.

5. Elaborarea unui algoritm de conduită a gravidei cu iminență de întrerupere a sarcinii și a copiilor cu masa extrem de mică 500-1000 g.

Materiale și metode de studiu:

Studiul prezintă o cercetare retrospectivă de tip descriptiv, care a inclus analiza detaliată a 830 nașteri premature la termene de gestație 22-28 săptămâni și 853 copii prematuri cu greutatea la naștere sub 1000 g (Extremely Low Birth Weight), ei reprezentând toți prematurii născuți în toate instituțiile sanitare al Republicii Moldova între anii 2008-2012 [3,4].

A fost folosită informația din Anualul Statistic al Biroului Național de statistică al Republicii Moldova, datele clinice și paraclinice obținute din fișele de observație ale mamelor care au născut la termene de gestație 22-28 săptămâni, precum și documentația nou-născuților din secțiile de reanimare și terapie intensivă [4,5].

Materialele obținute au fost procesate computerizat cu ajutorul programului „Statistical Pacragetor the Social Science” versiunea 20,0 pentru Windows (SPSS, Inc, Chicago IL 2011).

Pentru a respecta principiile eticii s-a procedat la informarea familiei și cererea acordului acesteia privind accesul la nou-născut. Mamele au fost asigurate privind respectarea confidențialității și anonimatului asupra datelor personale.

Cu regret, măsurile întreprinse în ultimele decenii de a micșora incidența nașterilor premature în plan global, inclusiv în țările cu economie dezvoltată, nu au avut succes.

În Republica Moldova, în perioada 2008-2012, incidența nașterilor premature a variat între valorile 4,5-5%, indicatori cu mult mai scăzuți în comparație

cu multe țări europene, chiar din cele economic dezvoltate. Astfel, în această perioadă de timp, au fost înregistrate 197850 nașteri, dintre care 9531 premature (4,8%), inclusiv 830 între termenele de gestație 22-28 săptămâni, ceea ce constituie 0,4 % din numărul total de nașteri și 9,2 din totalul de nașteri premature [3,4].

Atitudinea statelor lumii esențial diferă în ceea ce privește înregistrarea corectă a nivelului calității și volumului complexului medical utilizat în deservirea copiilor prematuri născuți cu masa extrem de mică.

Incidența nașterilor premature în diferite țări și regiuni ale lumii depinde de rata natalității, starea socio-economică, nivelul de cultură și de trai, de educație și, nu în ultimul rând, de nivelul calității de deservire și al resurselor financiare alocate în domeniul sistemului de sănătate.

Pe parcursul ultimilor 30 de ani nu se observă o tendință de scădere a nașterilor premature, rata lor menținându-se la nivel de 10-15% în țările economic dezvoltate, în cele în curs de dezvoltare rata lor atinge 30%. În SUA, în comparație cu anii '80 ai secolului trecut, incidența nașterilor premature a crescut către anii 2010 cu 30%. Factorii principali care au contribuit și continuă să influențeze asupra numărului de nașteri premature sunt: înrăutățirea sănătății reproductive și nu putem nega rolul implementării noilor tehnologii în sistemul de procreare, reproducerea asistată, care duce la creșterea numărului de sarcini multiple.

În ceea ce privește incidența nașterilor premature la termene de gestație 22-28 săptămâni datele literaturii sunt controversate. Majoritatea publicațiilor raportează o cotă de 1%-1,5% a acestor nașteri în coraport cu numărul total de nașteri.

Tabelul 1.

Repartizarea nașterilor în funcție de termenele de gestație în RM (2008-2012), (Nr, %)

Anul	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Numărul total de nașteri la termen	38431	40250	40234	39500	39435	197850
Numărul total de nașteri premature	768	1876	1915	1992	1980	9531
	(4,6%)	(4,6%)	(4,7%)	(5%)	(5%)	(4,8%)
Nașteri premature la termenele de gestație (22-28 săpt.)	155	162	160	171	182	830
Coraportul nașterilor premature (22-28 săpt.) către numărul total de nașteri premature (%)	8,8%	8,6%	8,4%	8,6%	9,2%	8,7%
Coraportul nașterilor premature (22-28 săpt.) către numărul total de nașteri la termen (%)	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%

Datele din tabelul 1 ne demonstrează că pe parcursul anilor 2008-2012 în Republica Moldova nu se observă schimbări semnificative privind atât numărul total de nașteri la termen, cât și de nașteri premature, inclusiv între 22-28 săptămâni. De asemenea, observăm o rată scăzută a acestor nașteri în comparație cu multe țări europene, care poate fi explicată prin faptul că în toate maternitățile din întreaga republică funcțio-

nează un procent impunător de paturi destinate gravidelor cu diferite complicații ale evoluției sarcinii, atât obstetricale cât și somatice. În structura acestor paturi, 30-40 % revin gravidelor cu iminență de întrerupere a sarcinii. Luând în considerare datele prezentate mai sus și ținând cont de tendința de înrăutățire a sănătății reproductive, rata prematurității în viitorul apropiat nu va fi în scădere. Totuși implementarea noilor refor-

me organizatorice, având ca scop sporirea calității de deservire medicală a femeilor gravide și, îndeosebi, a copiilor născuți prematuri, inclusiv a celor cu masă extrem de mică (500-1000 g), ar putea contribui la o supraviețuire crescută a acestor copii [3,4].

Rezultate. Cu scopul realizării obiectivelor cercetării la prima etapă a studiului au fost detaliat analizate 830 fișe medicale ale gestantelor, la care sarcina s-a finalizat prin naștere prematură la termenele de gestație 22-28 săptămâni, precum și fișele nou-născuților lor.

Aceste 830 gravide constituie sumarul tuturor nașterilor cu termenele de gestație 22-28 săptămâni

înregistrate în perioada anilor 2008-2012 în toate instituțiile sanitare ale Republicii Moldova. Majoritatea pacientelor au născut în două centre perinatologice din orașul Chișinău, Institutul Mamei și Copilului și Spitalul Clinic Municipal nr.1[3,4].

În cadrul acestui studiu retrospectiv au fost de asemenea analizate informațiile obținute la întrebările unui chestionar observațional ce include: modalitatea de spitalizare, vârsta, mediul de trai, starea civilă, gradul de școlarizare, profesia, condițiile de muncă, factorii nocivi, paritatea, anamneza obstetrical-ginecologică și somatică [4] (Tab. 2).

Tabelul 2.

Caracteristica socio-demografică a pacientelor incluse în cercetare

Mediul de trai	Grupul examinat (830)		
	Nr. de cazuri	P ± Es, %	t, p
Populație urbană	460	55,4±1.70	t=4.3190, p<0.001
Populație rurală	370	44,6±1.70	
Studii			
	Abs.	%	χ^2 , gl, p
Superioare	178	21,4%	$\chi^2=19.8$, gl=3, p<0.001
Medii generale	427	51,4%	
Mediidespecialitate	61	7,3%	
Primare	164	19,8%	
Starea civilă			
Căsătorie înregistrată	518	62,4%	$\chi^2=21.7$, gl=2, p<0.001
Uniuni nonmaritale	226	27,2%	
Celibatate	86	10,4%	
Activitate profesională			
Încadrate în lucru	291	35,1%	$\chi^2=22.48$, gl=4, p<0.001
- activitate fizică susținută	96	11,6%	
- activitate profesională stresantă	189	22,8%	
- noxe profesionale (factori termici, chimici...)	37	4,5%	
Șomere	539	64,9%	

Dacă urmărim aspectul socio-demografic, constatăm că din totalul de 830 gravide, 312 (37,6%) nu aveau căsătoriile înregistrate, 164 (19,8%) aveau un nivel scăzut de școlarizare, 539 (64,9%) nu erau anga-

jate în câmpul muncii, majoritatea dintre ele formând un grup social vulnerabil cu responsabilitate scăzută față de sănătatea proprie. Acești factori nu pot fi excluși din multiplele cauze ale nașterilor premature.

Tabelul 3.

Repartizarea gestantelor conform criteriului de vârstă (Nr.abs; %)

	Vârsta					
	Sub 18 ani	19-24 ani	25-30 ani	31-34 ani	35-40 ani	Peste 40 ani
Total (830 f.)	69	238	221	137	123	42
P±ES (%)	8,3±0.93%	28,7±1.55%	26,6±1.51%	16,5±1.27%	14,8±1.22%	5,1±0.74%

Din datele tabelului 3, observăm că majoritatea gravidelor aveau vârste cuprinse între 19-30 ani (55,3±2.32%), cea mai favorabilă perioadă de procreare, care se caracterizează printr-o rată mai scăzută de

pierderi reproductive, în comparație cu alte perioade extreme de vârstă [3,4] (Tab. 3).

În același timp, studiul nostru a arătat că mai mult de 1/3 (36,4±2.77%) din gestante au avut vârsta între

30-45 ani, perioadă când potențialul reproductiv poate fi compromis în urma acumulării pe parcursul anilor a numeroși factori de risc, condiționați atât de gradul de afectare al funcției de procreare, cât și al sistemului somatic. Un risc mărit pentru nașterea prematură îl prezintă femeile tinere, adolescentele (sub 18 ani), din cauza imaturității sistemului reproductiv și a prezenței maladiilor cu transmitere sexuală, care frecvent se întâlnesc la această vârstă, precum și ca rezultat al stresului permanent provocat de situații psiho-sociale cu care se confruntă gravida la care sarcina este de regulă nedorită [4].

Vârsta medie a gravidelor care au născut la termenele de gestație între 22-28 săptămâni a constituit 30,4

ani, fără diferențe semnificative în funcție de mediul de trai.

Din cele 830 de femei incluse în studiu, fiecare a cincea-179 (21,6±1.42%), nu s-au adresat medicului de familie pentru a fi luate în evidență și nu au fost consultate de medicul obstetrician-ginecolog. Un număr sporit de paciente au fost examinate pentru prima dată la spital unde s-au adresat din propria inițiativă sau cu ajutorul serviciului de urgență.

Paritatea gestantelor prezintă un criteriu important la analiza cauzelor nașterilor premature.

Printre multiplele cauze ale prematurității se înscriu atât numărul de sarcini și nașteri în antecedente la o femeie, cât și intervalul dintre sarcini.

Tabelul 4.

Repartizarea pacientelor conform criteriului parietății

Total	SI, NI		SII, NI		SII, NII	SIII, NII	SIII, NIII	SIV, NIII
	307	37%	133	16%				
830 gravide	53.0±1.73%				93	141	57	99
					237		156	
				28,2±1.56%		18,8±1.36%		

Datele studiului nostru au arătat că din totalul de gravide cu nașteri premature, la termenele de gestație 22-28 săptămâni, 440 (53,0±1.73%) au fost primipare, secundipare 237 (28,2±1.56%) și multipare 156 (18,8±1.36%). Aceste rezultate diferă de cele publicate două, trei decenii în urmă, când rata natalității și fertilității în Republica Moldova a fost de 2-3 ori mai mare decât astăzi, iar în structura nașterilor premature predominau multiparele. Astăzi, constatăm schimbări semnificative în ceea ce privește comportamentul familial și statutul femeii contemporane în societatea modernă.

Tabelul 5.

Caracteristica anamnezei obstetrical-ginecologice a gravidelor incluse în cercetare

		Nr. Abs	P±ES (%)
Avort la cerere		317	37,2 ±1.65%
Avort spontan		224	26,3 ±1.51%
Sarcină stagnată		92	10,8 ±1.06%
Sarcină extrauterină		14	1,6 ±0.43%
Nașteri premature		92	10,8 ±1.06%
Decese perinatale	Antenatale	35	4,1 ±0.68%
	Intranatale	10	1,2 ±0.37%
	Neonatale	69	8,1 ±0.93%

Dacă analizăm caracteristicile anamnezei obstetrical-ginecologice ale pacientelor investigate, observăm că unui număr de 357 (43%) de gravide le revin 633 avorturi, inclusiv 224 spontane, 317 la cerere; 92 de sarcini oprite în evoluție; 92 cazuri de nașteri premature; 114 de pierderi reproductivă în perioada perinatală și 14 sarcini extrauterine. Așadar, la o pacientă îi revin 2,6% pierderi reproductivă (tab. 5).

Prevalența nuliparelor asupra multiparelor poate fi explicată prin acele modificări esențiale din ultimele

decenii, atestate în comportamentul familial și reproductiv, care au schimbat construcția tradițională a parietății. Astăzi, cuplurile sunt orientate spre a se limita la nașterea unui copil, sau cel mult doi [17].

Datele cercetării demonstrează că în structura nașterilor prevalează ponderea nașterilor de rangul întâi, constituind peste 53% (tab. 4). Nașterile de rangul doi și trei au tendința permanentă de scădere. Un alt factor care influențează asupra creșterii ratei nașterilor premature printre primigeste este implementarea pe larg a metodei reproducerii asistate la care recurg femeile la o vârstă avansată. După datele literaturii de specialitate și ale unui studiu efectuat în Republica Moldova (L. Tăutu, 2014), sarcinile la aceste gestante, în 50% cazuri, se termină cu nașteri premature, mai des la termene 22-28 săptămâni de gestație (tab. 5).

Dezvoltarea normală a procesului de concepere depinde în mare măsură de nivelul stării de sănătate a mamei. Diferite boli somatice, la fel ca și complicațiile evoluției sarcinii pot fi cauza nu numai a întreruperii sarcinii, dar și a nașterii unui copil cu o patologie gravă dobândită de la mamă în perioada dezvoltării intrauterine [21] (tab. 6).

Datele tabelului 6 ne demonstrează o frecvență sporită a patologiilor sistemului urogenital, precum și a complicațiilor evoluției sarcinii (hipertensiune arterială indusă de sarcină, anemie feriprivă, infecții urinare, vaginale, polihidramniosă, oligoamniosă, patologia placentei, ruperea prematură a membranelor amniotice). Toate aceste complicații au constituit factori esențiali de întrerupere a sarcinii [9].

E bine cunoscut faptul că supraviețuirea nou-născuților prematuri depinde în primul rând de termenul de gestație. Această axiomă se referă îndeosebi la copiii născuți la termene 22-28 săptămâni. Cu cât terme-

Complicațiile sarcinii semnalate în lotul de cercetare

Patologii ale sarcinii și nașterii	Iminență de intrerupere a sarcinii	RPPA	Infecții				Anemii	HTAIS	Preeclampsie	Placenta previa	Apoplexie utero-placentară	Polihidramnioza	Oligoamnioza
			Vaginoză bacteriană	TORCH	Afecțiuni acute respiratorii (respiratorii)	Patologie renală							
Nr.abs	566	298	430	316	116	137	273	187	45	35	75	98	189
P±ES (%)	68,2%	35,9%	51,8%	38,1%	13,6±1,17%	16,5±1,27%	32,9%	22,5%	5,4%	4,2%	9,1%	11,8%	22,8%

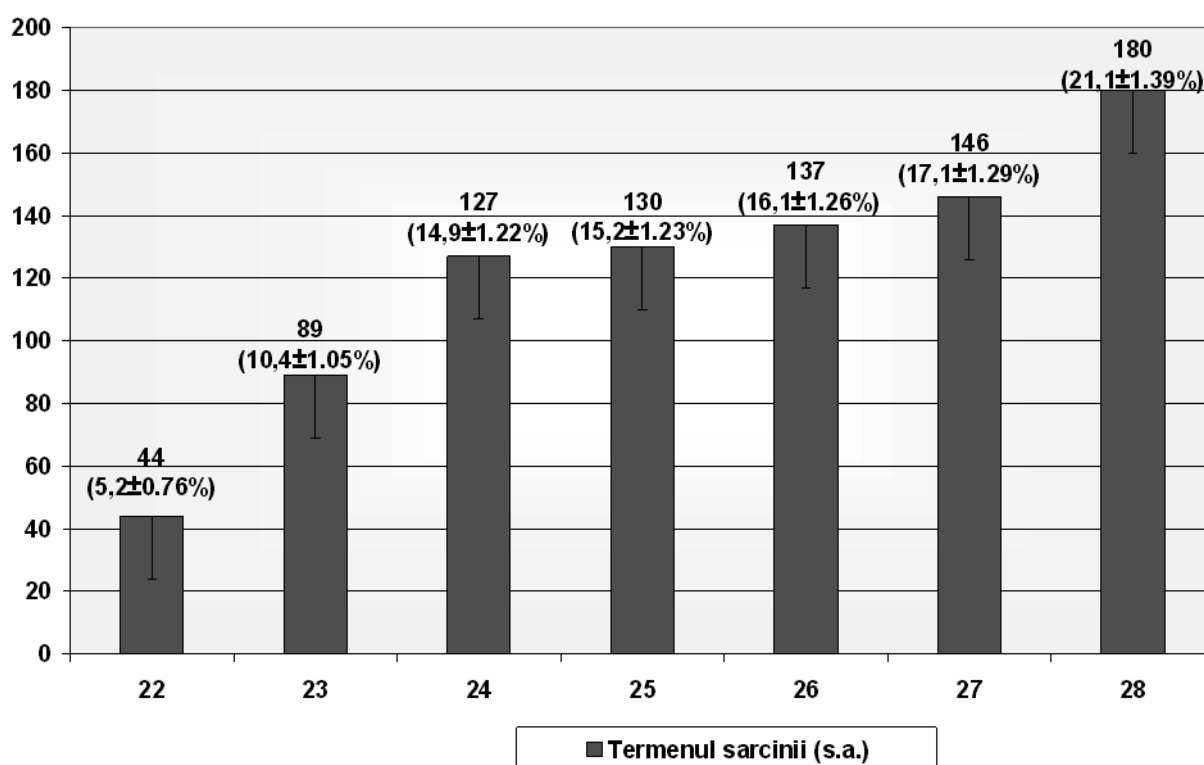


Fig. 2. Repartizarea cazurilor clinice conform termenului de gestație la naștere (Nr. abs; %)

nul de gestație este mai mare, cu atât șansele de supraviețuire și de dezvoltare normală a copilului sunt mai reale. De aceea tratamentul iminenței de întrerupere a sarcinii la termene de gestație 22-28 săptămâni trebuie să fie orientat spre păstrarea sarcinii, atunci când prelungirea ei nu prezintă pericol pentru mamă și făt.

Pe parcursul anilor 2008-2012 în Republica Moldova s-au înregistrat în total 830 nașteri cu termene de gestație între 22-28 săptămâni, care s-au terminat cu nașterea a 853 de nou-născuți cu masă extrem de mică.

După cum observăm din figura 2, creșterea termenului de gestație corelează cu numărul de nașteri premature. Dacă la termenul de gestație 22 săptămâni au fost înregistrate 44 nașteri, către 28 săptămâni, numărul lor a crescut mai mult de 4 ori, constituind 180 nașteri. Această tendință de creștere a nașterilor între termenele de gestație 22-28 săptămâni, ca și a numărului total de nașteri pe întreaga țară, s-a păstrat fără schimbări semnificative pe parcursul perioadei studiate.

Până la debutul travaliului, tratament cu glucocorticoizi, în scopul prevenirii sindromului de detresă

respiratorie, au urmat numai 1/3 paciente, fapt ce nu a putut să nu influențeze asupra agravării stării nou-născuților în perioada post-partum.

Analiza documentației medicale a arătat că la mai mult de 1/3, 298 (35,9±1.67%) din gestante sarcina s-a complicat cu RPPA. Pentru prevenirea complicațiilor infecțioase acestui grup de gravide i s-a administrat terapie antibacteriană (48,9±1.74%).

Tactica de naștere la 146 (48,9±2.89%) de gravide cu RPPA a fost activă, la 152 (54,0±2.88%) expectativă.

Durata medie a perioadei alichidiene în cazul folosirii tacticii expectative și terminarea nașterii per vias naturalis a fost de 96 ore, în cazul operației cezariene acest indicator a constituit 137 ore.

Prin operație cezariană au fost extrași 23 copii. Conduita activă a nașterii, atât pe cale vaginală, cât și prin operație cezariană, în cazul ruperii premature a pungii amniotice a fost condiționată de debutul travaliului, prezența infecțiilor, suferința intrauterină a fătului, incompatibilitatea după Rh, anomaliile congenitale ale fătului, prezența patologiei somatice a gravidei și de complicațiile evoluției sarcinii: preeclampsia, patologia placentei, situs incorect al fătului.

Din cei 853 de feți, 260 (30,5±1.58%) au fost în prezentație pelviană. Repartizarea după sex: băieții au fost 411 (48,2±1.71%), fetițe 442 (51,8±1.71%) ($p>0.05$).

Fiecare a treia femeie a fost supusă controlului instrumental sau manual al uterului pentru înlăturarea retențiilor de fragmente de țesut placentar.

Unul dintre indicatorii sănătății reproductive sunt decesele perinatale, care determină criteriile nivelului calității asistenței medicale acordate pacientelor gravide, parturientelor, nou-născuților, inclusiv celor născuți prematur și celor cu masă extrem de mică [11].

Succesele obținute în a doua jumătate a secolului XX-lea în domeniul științei medicale, al obstetricii și neonatologiei, implementarea noilor tehnologii avansate în îngrijirea nou-născuților prematuri au condus la o scădere semnificativă a mortalității perinatale și infantile, îndeosebi în țările economic dezvoltate. În Republica Cehă, spre exemplu, în perioada de timp 1990-2007 mortalitatea neonatală (0-27 zile) s-a micșorat de la 7,7‰ la 2‰, cea infantilă (0-364 zile) de la 10,8‰ la 3,4‰ [1].

În Republica Moldova, pe parcursul ultimelor două decenii, rata mortalității perinatale și infantile a avut un ritm anual de scădere cu mult mai lent. Pe parcursul acestei perioade de timp, pierderile perinatale și infantile s-au redus de aproximativ 2 ori, constituind 11,6‰ mortalitatea perinatală și 10,8‰ mortalitatea infantilă (anul 2012). Această scădere a fost în principal determinată de diminuarea mortalității neonatale precoce în primul rând printre nou-născuții prematuri

[18]. Totuși, acești indicatori depășesc de 3-4 ori indicii similari din țările economic dezvoltate.

În ceea ce privește indicatorii pierderilor perinatale între copiii născuți cu masă extrem de mică (500-1000g) la termene de gestație între 22-28 săptămâni, datele literaturii de specialitate și ale statisticilor diferitor țări și regiuni ale lumii sunt destul de dispersate, fapt ce nu permite de a aprecia structura în întregime a ratei mortalității perinatale ante-, intra- și postnatale. Mai detaliat în publicațiile din ultimii ani se discută rata viabilității acestor copii, care este determinată atât de termenele de gestație cât și de nivelul de asistență medicală a acestor pacienți la toate etapele de îngrijire. Centrele de perinatologie ale țărilor economic dezvoltate, înzestrate suficient cu noi tehnologii avansate au obținut, pe parcursul ultimilor ani, o scădere continuă a ratei mortalității perinatale [21].

Dacă urmărim evoluția acestui indicator, observăm că pe parcursul ultimelor decenii, mortalitatea perinatală s-a micșorat proporțional cu creșterea termenului de gestație.

După datele lui T. Markestad și colab. (2005), din 696 copii cu masă extrem de mică la naștere, 27% s-au născut morți, 14% au decedat în perioada neonatală precoce, 59% au fost transferați la etapa a II-a de îngrijire. Din cei născuți la termenul de gestație 25 săptămâni, au supraviețuit 66-80%, la 27 săptămâni de gestație-82-93%. Cu mult mai modeste sunt rezultatele obținute în studiul nostru [12].

În unele publicații din ultimii ani viabilitatea copiilor născuți cu masa 500 g atinge cota de 14%, între cei de 800 g, peste 85%. Aceste succese obținute de centrele de perinatologie ale țărilor economic dezvoltate se datorează implementării pe larg a tratamentului cu corticosteroizi, metodelor performante de resuscitare a nou-născuților începând cu sala de naștere și, nu mai puțin important, folosirii surfactantului, a cărui administrare în tratamentul detresei respiratorii în centrele de reanimare și terapie intensivă ale Republicii Moldova a fost, cu regret, limitată [13].

Vom menționa că în paralel cu creșterea ratei viabilității copiilor născuți cu masă extrem de mică (MEMN) se observă un risc crescut al patologiilor neurologice și al invalidității acestor copii, cum ar fi: paralizia cerebrală, sepsisul, hemoragiile intraventriculare, displaziile bronhopulmonare [11].

Așadar, îngrijirea copiilor cu MEMN este nu numai o problemă medico-socio-economică, dar și o grea povară pentru familie și întreaga societate.

Pe parcursul perioadei investigate (2008-2012) în care s-a efectuat înregistrarea nou-născuților cu termene de gestație de la 22 săptămâni (01.01.2008), datele studiului nostru nu au evidențiat schimbări semnificative atât numerice cât și calitative ale indicatorilor perinatali [4] (tab. 8).

**Pierderile perinatale printre copiii născuți cu masă extrem de mică (500-1000 g)
în Republica Moldova, 2008 – 2012 (abs.,%).**

Anul		2008	2009	2010	2011	2012	Total
Total născuți cu masa extrem de mică		155	185	160	171	182	853
Decedați antenatal	nr.abs	54	56	38	51	53	252
	%	34,8±3,8	30,2±3,4	23,7±3,34	20,2±3,1	29,1±1,1	29,5±1,6
Decedați intranatal	nr. abs	14	14	19	15	12	74
	%	9,0±2,3	7,6±1,9	11,9±2,6	8,8±2,2	6,6±1,1	8,7±2,1
Decedați neonatal precoce							
1 săpt	nr. abs	49	68	64	65	68	314
	%	56,3±5,3	59,1±4,4	62,1±4,8	61,9±4,7	58,1±4,6	59,6±2,1
24 ore	nr. abs	45	29	53	39	40	206
	%	51,7±5,4	25,2±4,1	51,5±4,9	37,1±4,7	34,2±4,4	39,1±2,1
Decedați neonatal tardiv	nr. abs	15	11	18	15	16	75
	%	17,2±4,1	9,6±2,7	17,5±3,7	14,3±3,4	13,7±3,2	14,2±1,5
Mortalitatea perinatală	nr. abs	132	149	139	146	149	715
	%	851,6±28,5	805,4±26,35	868,7±26,7	853,8±27,0	818,6±28,5	838,3±12,3

Din cei 527 de copii născuți vii, în perioada neonatală precoce au decedat 314 (59,6±%), dintre care 206 (39,1±2.12%) în primele 24 ore. Așadar, mortalitatea perinatală a constituit 838,3%, cea neonatală precoce 595,8%. Ponderea acestor copii în rata mortalității perinatale constituie 29,0%, în cea neonatală precoce 18,0% și în cea infantilă 19,5%.

Rezultatele studiului nostru au arătat de asemenea o rată scăzută de supraviețuire a acestor copii, care a oscilat între 23,8%-29,9%. Rata totală de supraviețuire pe parcursul celor 5 ani investigați a fost de 26,2% (tab. 9).

Tabelul 9.

Rata supraviețuirii copiilor născuți cu masă extrem de mică la termene de gestație între 22-28 săptămâni în Republica Moldova, 2008-2012 (abs., (P±ES%))

Anii de studiu	Nou-născuți vii 500-1000g	Externați la domiciliu	Supraviețuirea P±ES(%)
2008	87	23	26,4±4,73
2009	115	28	24,3±3,99
2010	103	27	26,2±4,33
2011	105	25	23,8±4,16
2012	117	35	29,9±4,23
Total	527	138	26,2±1,92

Dintre copiii născuți la termene sub 24 săptămâni de gestație nu a supraviețuit nici unul, în rândul celor născuți la termenul de gestație 25 săptămâni, viabilitatea a constituit numai 10,3%. Transferați la etapa a II-a de îngrijire au fost 213 copii (40,4%), mai puțin de jumătate din totalul copiilor născuți vii. Durata medie de îngrijire în staționar a unui copil care a supraviețuit a fost de 72 zile, iar costul unei zile-pat de tratament de 372 lei, aproximativ de opt ori mai mic

decât în centrele perinatologice ale țărilor economic dezvoltate.

Generalizând cele expuse, putem constata că pentru prima dată în Republica Moldova a fost efectuat un studiu retrospectiv a 830 nașteri premature ce s-au produs la termenele de gestație 22-28 săptămâni, în perioada anilor 2008-2012, pe întreg teritoriul ei. Publicațiile din ultimele decenii ne arată că, în ciuda progresului obținut în domeniul ocrotirii sănătății mamei și copilului, incidența nașterilor premature, inclusiv a celor cu termenele de gestație între 22-28 săptămâni, sub influența multor factori atât medicali cât și sociali, are o tendință de creștere în majoritatea țărilor lumii, inclusiv în cele economic dezvoltate. Din datele studiului nostru rezultă că indicii în cauză înregistrați în Republica Moldova au constituit 0,4% din numărul total de nașteri și 9,2% din numărul total de nașteri premature stabiliți în intervalul 2008-2012. Aceste date nu s-au modificat, menținându-se la valori cu mult mai scăzute în comparație cu aceiași indicatori înregistrați în alte țări, inclusiv în țări economic dezvoltate [3,4].

În ceea ce privește caracteristica socio-demografică a pacientelor incluse în studiu, vom menționa că 1/3 din gestante (36,4±1.67%) aveau vârsta între 30-45 ani, un nivel de școlarizare scăzut și un potențial reproductiv compromis. Din cele 830 de gravide investigate, 179 (21,6±1.43%) nu s-au aflat la evidența medicului de familie, internarea în staționar a unui număr sporit de gravide a avut loc în regim de urgență și cu întârziere, dacă luăm în considerare faptul că 298 dintre ele (36,0±1.66%) au fost spitalizate după RPPA. Adresarea tardivă a pacientelor a împiedicat folosirea la timp a terapiei tocolitice și cu glucocorticoizi, în scopul prevenirii sindromului de detresă respiratorie ceea ce s-a manifestat prin scăderea ratei de supraviețuire a copiilor născuți cu masă extrem de mică (500-1000g).

Cele mai des întâlnite cauze care au provocat nașterea prematură sunt: infecțiile urinare, vaginale, avorturile repetate, sarcinile premature în anamneză, complicațiile evoluției sarcinii hipertensiunea arterială indusă de sarcină, preeclampsia, patologia placentei, polihidramniosul, oligoamniosul, sarcina multiplă, ruperea prematură a membranelor amniotice pretermen [9].

Principalul obiectiv care a stat la baza acestui studiu a fost studierea pierderilor perinatale și a ratei de supraviețuire a copiilor născuți cu masă extrem de mică, la termenele de gestație 22-28 săptămâni.

Guvernul Republicii Moldova și Ministerul Sănătății, pe parcursul ultimilor ani, au întreprins un șir de măsuri orientate spre optimizarea asistenței medicale în domeniul planificării familiei și a sănătății reproductive [19]. Toate aceste acțiuni, cu o evoluție lentă, au contribuit la reducerea în primul rând a pierderilor perinatale, îndeosebi a mortalității neonatale precoce în rândul copiilor prematuri născuți la 29-37 săptămâni de gestație [18].

În ceea ce privește pierderile perinatale printre copiii născuți cu masă extrem de mică (500-1000g) la termene de gestație între 22-28 săptămâni în intervalul 2008-2012, rezultatele studiului au evidențiat o rată cu mult mai înaltă a mortalității perinatale în comparație cu aceiași indicatori raportați de țările economic dezvoltate. Dintre nou-născuții cu termenul de gestație 22-24 săptămâni nu a supraviețuit nici unul, fapt ce a determinat rata înaltă a deceselor perinatale; printre cei născuți la termenul de 25 săptămâni, supraviețuirea a constituit numai 10,3%. Din cei 527 de copiii născuți vii, 60% au decedat la prima etapă de îngrijire. Rata de supraviețuire pe parcursul anilor 2008-2012 a copiilor născuți cu masă extrem de mică (500-1000 g) la termene de gestație între 22-28 săptămâni a fost de $26,2 \pm 1,52\%$, cu mult mai scăzută în comparație cu aceiași indicatori atestați în unele țări economic dezvoltate [2].

Concluzii și recomandări

Publicațiile din ultimii ani în domeniul prematurității extreme ne demonstrează că succesele obținute în domeniul medicinei, obstetricii și perinatologiei, precum și implementarea noilor tehnologii avansate în secțiile de reanimare și terapie intensivă a nou-născuților în țările industrial dezvoltate au contribuit la creșterea ratei de supraviețuire a copiilor născuți cu masă extrem de mică (500-1000 g).

Rezultatele studiului nostru, care a inclus analiza a 830 de nașteri premature cu termene de gestație 22-28 săptămâni, a arătat că pe parcursul ultimilor 5 ani (2008-2012) incidența acestor nașteri nu a suferit schimbări semnificative menținându-se la valori între 0,4%-0,5% din numărul total de nașteri și 8,4%-9,2% din cele premature.

Majoritatea gravidelor incluse în cercetare au aparținut grupului social defavorizat, cu un nivel scă-

zut de instruire și școlarizare (64,9%) și un potențial reproductiv compromis. Fiecare a cincea gravidă nu s-a aflat în evidența medicului de familie adresându-se pentru prima dată după ajutor medical la declanșarea procesului de naștere. La fiecare pacientă anamneza obstetricală era agravată cu 2,6-3,1 pierderi reproductive, avorturi repetate, nașteri premature.

Factorii principali care au complicat evoluția sarcinii, provocând nașterea prematură, au fost: hipertensiunea arterială indusă de sarcină 22,5%, preeclampsia 5,4%, anemia 39,9%, infecțiile urogenitale 51,8%, polihidramnioza-8%, oligoamniosul 2,8%, patologia placentei 13,3%, ruperea prematură a membranelor amniotice pretermen 35,9%.

Rezultatele studiului au demonstrat că indicatorii perinatali, precum și rata de supraviețuire a copiilor născuți cu masă extrem de mică (500-1000 g) nu au suferit schimbări semnificative pe parcursul anilor 2008-2012. Rata mortalității perinatale a oscilat între 868,7‰ și 818,4‰, cea neonatală precoce între 563,2‰ și 624,4‰. Indicele supraviețuirii copiilor născuți cu masă extrem de mică a oscilat între 23,8% și 26,2%. Acești indicatori de 3-4 ori depășesc indicatorii similari ai centrelor perinatologice din țările economic dezvoltate.

Actualmente, serviciul medical în domeniul prematurității necesită în continuare restructurare și modernizare, atât la nivel primar cât și spitalicesc, prin implementarea unor noi reforme organizatorice și curative orientate spre îmbunătățirea nivelului calității serviciilor obstetricale și neonatologice acordate atât femeilor gravide cu risc de naștere prematură cât și copiilor născuți prematuri.

Centrele de perinatologie, îndeosebi secțiile de reanimare și terapie intensivă, necesită o înzestrare cu noi tehnologii avansate și medicamente necesare la toate etapele de îngrijire a copiilor prematuri, inclusiv celor născuți cu masă extrem de mică.

Cercetările științifice în domeniul prematurității trebuie să fie direcționate spre optimizarea metodelor de diagnostic al iminenței de întrerupere a sarcinii, spre perfecționarea metodelor de diagnostic și conduită a sarcinii și nașterii premature, la îmbunătățirea metodelor de resuscitare și tratament al copiilor născuți cu masă extrem de mică, la toate etapele de îngrijire. Toate acestea ar putea fi realizate prin sporirea alocațiilor pentru îngrijirea acestor copii pe o perioadă de timp îndelungată.

Rezultatele studiului fac posibilă elaborarea unui algoritm privind conduita sarcinii și nașterii premature la termene de gestație între 22-28 săptămâni și îngrijirile necesare copiilor născuți cu masă extrem de mică la toate etapele de deservire medicală. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, nr. 452 din 06.12.2007 necesită revizuire în ceea ce privește determinarea limitei de supraviețuire a copiilor născuți cu masă extrem de mică.

Bibliografie

1. *ACOG practice bulletins, Obstetrics and Gynecology*, 2002, 100,3, 617-624.
2. *Bogdan A., Paladi Gh.* The birth of infants with extremely low birth weight in the Republic of Moldova. Outcomes of a four years survey. XI Всемирный конгресс по перинатальной медицине, Iunie 2013, Moscova.
3. *Bogdan A. și coaut.* Квопросу о снижении перинатальных потерь среди новорожденных с экстремально низкой массой тела (500-1000). Всероссийский Междисциплинарный образовательный конгресс; Осложненная беременность и преждевременные роды: от вершин науки к повседневной практике, mai2012, Moscova, p. 102-103.
4. *Bogdan A. Și coaut.* Некоторые аспекты ведения беременности и родов при преждевременном излитии околоплодных вод в 22-28 недель гестации. Материалы XIII Всероссийского научного форума "Мать и дитя" septembrie 2012, Moscova, p. 135-136.
5. *Cerneșchi O., Tabuica U., Darie D.* Unele aspecte ale prematurității în Republica Moldova. Anualul statistic al Republicii Moldova 2008-2012, Anualul "Sănătatea publică în Republica Moldova" 1990-2012.
6. *Effer SB, Moutquin JM, Farine D et al.* Neonatal survival rates in 860 singleton live births at 24 and 25 weeks gestational age. A Canadian multicentre study. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109:740-745.
7. *Fanaroff AA, Stoll BJ, Wright LL et al.* Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:147.e1-147.e8.
8. *Finnstrom O., Otterblad Olausson P, Sedin G et al.* Neurosensory outcome and growth at three in extremely low birthweight infants: follow-up results from the Swedish national prospective study. *Acta Paediatr* 1998; 87:1055-1060.
9. *Goldenberg RL, Culhane JF, Lams JD, Romero R.* Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 371:75-84.
10. *Yu. V. Y. H., Wong P.Y et al.* Outcome of Extremely-Low – Birth weight Infants. *Birth. J. Obstet. Gynecol.*, 1986, 93, 2, p. 162-170.
11. *Kusuda S. et al.* Morbidity and mortality of infant with very low birthweight in Japan. *Pediatrics* 2006; 118: 1130-113.
12. *Markestad et al.* *Acta Paediatrica* 2005, 115, 5, 1289-1298.
13. *Phibbs C. et al.* Level and volume of neonatal intensive care and mortality in very-low-birth-weight infants. *N. Engl. J. Med.* 2007; 356: 2165-2175.
14. *Paladi Gh.* Indicatorii principali ai sănătății reproductive și influența lor asupra fenomenului demografic în Republica Moldova, *Materialele Congresului al V-lea de Obstetrică și Ginecologie.* "Actualități și controverse în obstetrică" Chișinău 2010, pag. 173-179.
15. *Paladi Gh. șicolab.* Nașterea prematură. Protocol Național, Chișinău 2012, pag. 27.
16. *Paladi Gh., O. Cerneșchi, A. Bogdan.* Rezultatele activității a două centre perinatologice în acordarea asistenței medicale copiilor născuți cu masa extrem de mică (500-1000 g). *Buletin de Perinatologie*, 2011, pag. 72-75.
17. *Палади Г.А., Гагауз О.И., Тэуту Л.Л.*, Особенности развития репродуктивных процессов в Р.М.: Проблемы Репродукции (материалы IV Международного конгресса по репродуктивной медицине) Москва 18-21 января 2010, стр. 26 ISSN 1025-7217.
18. *Stratulat P., Curteanu A.* Proiectul „Modernizarea sistemului perinatal din Republica Moldova. Realizări principale și perspective” *Buletin de perinatologie*, 2010; 4 (48) p.3.
19. *Stratulat P.* Evaluarea situației demografice în Republica Moldova: structura, factorii de risc, tendințe și perspective. *Materialele Congresului al V-lea al pediatriilor și neonatologilor din RM (cu participare internațională)*; octombrie 2009; p. 8-17.
20. *Stratulat P.* Situația actuală în asistența perinatală și problemele existente în asistența mamei și copilului. *Buletin de perinatologie*, 2008; 4 (40): 3-11.
21. *Verloove-Vanhorich et al.* Neonatal mortality risk in relation to gestational age and birthweight. Results of a national survey of preterm and very-low-birthweight infants in the Netherlands. *Lancet*, 1986, 1, N-847, 55-56.
22. *Wilson W. et al.* *Acta Paediatrica* 2007, 119, 1, 37, 45.
23. *Сорокина З.Х.*: Международный опыт и анализ различных организационных моделей оказания помощи при родоразрешении и выживании детей с экстремально низкой массой тела. *Акушерство и гинекология*, N5, 2010, N.5 стр. 88.
24. *Проект "Мать и дитя"*. Авторский коллектив. Ведение детей с экстремально низкой массой тела при рождении и на первом году жизни. Москва, 2011.
25. *Яцык Г., Бомбардинова Е., Харитонова Н.* Проблемы и перспективы выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела. *Вестник РАМН*, 2008, №12:41-44.