



Aliona Bogdan-Moraru, Gheorghe Paladi, Ala Curteanu, Valentina Gurău
**IMPLEMENTAREA STANDARTELOR EUROPENE PRIVIND ÎNREGISTRAREA COPIILOR
CU MASA EXTREM DE MICĂ (500-1000G) ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
Catedra Obstetrică și Ginecologie nr.2*

SUMMARY

IMPLEMENTATION OF THE EUROPEAN STANDARDS IN REGISTRATION OF THE NEW-BORN WITH EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT (500-1000 GR.) IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA.

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

Introduction: *This article presents the results of a retrospective and prospective research that included 830 preterm births between 22-28 gestation weeks and 853 extremely low birth weight newborns (500-1000g). The second stage of the investigation (2013-2015 years) deals with the influence of preterm deliveries with premature rupture of membranes on mortality and morbidity indicators among children depending on the gestation period and the method of delivery (spontaneous delivery or delivery with expectant management).*

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.*

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%). 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.*

Conclusions: *The studied perinatal losses among children born with extremely low birth weight 500-1000g, 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 500-1000g, 22-28 weeks of gestation terms. The comparative analysis of two methods of delivery showed no significant differences in perinatal mortality. However, morbidity indicators proved to be much higher in case of preterm delivery with premature rupture of membranes with expectant management.*

РЕЗЮМЕ

**ВНЕДРЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКИХ СТАНДАРТОВ РЕГИСТРАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА (500-1000 ГР.) В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА**

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). Второй этап исследования (2013-2015 г.) посвящен оценке влияния преждевременных родов с разрывом плодных оболочек на показатели смертности и заболеваемости среди родившихся детей в зависимости от срока гестации и способа родоразрешения (спонтанные роды, роды с использованием выжидательной тактики).*

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 при преждевременных родов в сроках гестации 22-28 недель.

Результаты: результаты исследования показали, что большинство беременных женщин-64,9%, принадлежали к низкому социальному классу и уровню образования. Каждая пятая женщина не находилась под наблюдением медицинских работников, несмотря на отягощенный соматический, акушерский и гинекологический анамнез.

Выводы: Полученные результаты показали высокий уровень перинатальных потерь низкая частота выживаемости детей с экстремально низкой массой-26,2%, из рожденных детей в сроке 22-24 недель не выжил ни 1 ребенок, а выживаемость рожденных в сроке 25 недель, составили 10,3%. Сравнительный анализ этих двух методов родоразрешения показал отсутствие значимых различий в уровне перинатальной смертности. Однако, показатели заболеваемости оказались значительно выше в случае ведения преждевременных родов с излитием околоплодных вод с использованием выжидательной тактики.

Actualitatea. Astăzi, când în toată lumea se poartă discuții în ceea ce privește complexul de acțiuni orientate spre stoparea declinului demografic, procesele ce au loc în domeniul reproducerii umane necesită o atenție deosebită, atât din punct de vedere numeric, cât și calitativ.

Actuala evoluție demografică nefavorabilă, condiționată de modificările comportamentului familial, moral și socio-economic, acces redus la serviciile de sănătate calitative, au condus la înrăutățirea sistemului de procreare, în care se atestă un nivel sporit al pierderilor reproductive, o rezervă importantă în creșterea populației.

Pierderile reproductive reprezintă criteriul obiectiv în aprecierea factorilor medicali, biologici și socio-economici asupra sănătății femeii gravide și a nou-născutului, ele evidențiază principalele priorități în domeniul sănătății mamei și copilului, a nivelului de organizare al serviciului obstetrical-ginecologic, planificarea și folosirea rațională a cadrelor medicale și a resurselor materiale.

În lume se nasc anual aproximativ 13 milioane de copii prematuri, care sunt responsabili de 50% din mortalitatea perinatală; 60-70% din decesele neonatale și 1/3 din cele infantile [4,5,7]. Tratamentul și îngrijirea acestor copii reprezintă o problemă destul de complicată, dacă luăm în considerare că ei se nasc cu o patologie maternă preexistentă sarcinii și pentru îngrijirea lor și reabilitarea îndelungată a deficiențelor tardive des întâlnite se consumă imense resurse materiale. În SUA costurile determinate de asistența medicală acordată nou-născuților cu greutate mică la naștere se ridică la sute de mii de dolari pe caz [16].

Nașterea prematură continuă să fie una din cele mai mari provocări ale obstetricii contemporane și medicinei perinatale, dacă luăm în considerație că pe parcursul ultimelor decenii nu se observă o tendință de scădere a acestor nașteri, rata lor menținându-se la nivel 10-15%, cu devieri de la 4-5% în țările economic dezvoltate până la 30% în cele în curs de dezvoltare. În SUA în comparație cu anii 80 ai secolului tre-

cut incidența nașterilor premature a crescut către anii 2010 cu 30%. Încercările întreprinse în ultimii decenii de a micșora ratele nașterilor premature în plan global, inclusiv în țările economic dezvoltate, nu s-au încununat cu succes. Factorii care au contribuit și continuă să influențeze asupra sporirii numărului acestor nașteri pot fi explicat prin înrăutățirea sănătății reproductive și nu putem nega rolul implementării pe larg a noilor tehnologii avansate în sistemul de procreare, prin aplicarea metodelor de reproducere asistată, care măresc numărul de nașteri multiple și al copiilor prematuri [8,18].

O deosebită atenție, în ceea ce privește nașterea prematură și copilul prematur, merită acele procese, care s-au desfășurat în a II-a jumătate a sec. XX-lea în ce privește limita inferioară a viabilității copilului prematur. Până în anii '80 ai secolului trecut copii născuți sub 1000g nu erau considerați viabili și nu erau supuși înregistrării în statisticile naționale [1,11].

Ca rezultat al progresului științei medicale, al implementării noilor tehnologii avansate și formării noilor condiții pentru tratament și îngrijirea acestor copii, îndeosebi în domeniul neonatologiei, datorită organizației Centrelor de Perinatologie, a regionalizării asistenței serviciului perinatal, limita inferioară de viabilitate a masei copilului prematur a coborât treptat de-a lungul timpului. Acțiunile întreprinse au demonstrat, că mortalitatea între copii prematuri poate fi micșorată, inclusiv între cei născuți cu masa extrem de mică la naștere (Extremely Low Birth Weight, ELBW) (500-1000 g) între termenii de gestație 22-28 săptămâni [15,19].

Unele publicații din ultimii ani ne arată că supraviețuirea copiilor cu masa corporală extrem de mică la naștere la termenii de 23-26 săptămâni poate atinge cifra de 30-60%, între cei născuți la 26-28 săptămâni - de 60-70% [19].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) bazându-se pe aceste rezultate, începând cu anii 1980, a elaborat noi criterii de viabilitate a acestor copii cu MEMN, subliniind în același timp că termenii de gestație ca-

racterizează gradul de maturitate al copilului, acesta reprezentând un criteriu mai informativ în aprecierea prognosticului viabilității nou-născutului. Aceasta hotărâre atât în aspect medical, cât și informațional, a fost orientată spre implementarea standardelor și criteriilor europene spre a obține date statistice comparative a indicatorilor perinatali în diferite țări și regiuni ale lumii [19].

În Republica Moldova, la recomandările 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].

Astăzi problema nașterii premature (NP), îndeosebi la termene de gestație 22-28 săptămâni reprezintă un subiect de discuții la diferite forumuri științifice internaționale. În publicațiile din ultimii ani se expun diferite păreri în ceea ce privește problema. prematurității extreme. Cu regret, nu cunoaștem care ar fi incidența NP la termene de gestație 22-28 săptămâni, care este limita inferioară de viabilitatea la copiii cu MEMN 500-1000g. Noi nu dispunem de informație științifică referitoare la evoluția sarcinii și nașterii la acest termen de gestație cu RPPA [2,3,6].

Scopul studiului nostru a fost orientat spre evidențierea particularităților medico-socio-demografice ale nașterilor premature la termene de gestație 22-28 săptămâni, determinarea eficacității tacticii active și expectative de conduită a pacienților cu RPPA, evaluarea consecințelor prematurității extreme asupra pierderilor perinatale în funcție de modalitatea de naștere (spontană sau expectativă).

Materiale și metode

Pentru a realiza scopul cercetării și a obiectivelor înaintate a fost proiectat un studiu clinic îndeplinit în 2 etape: prima etapa retrospectivă (2008-2012), a doua - prospectivă (2013-2015). Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării a fost planificat studiul de cohortă de prognostic, folosită informația statistică al Ministerului Sănătății, analiza detaliată a fișelor de observație a pacienților, precum și datele despre nou-născuți obținute din documentația secțiilor de reanimare și terapie intensivă a nou-născuților. De asemenea a fost analizată informația obținută la întrebările unui chestionar elaborat pentru cercetare.

Materialele obținute au fost special procesate cu ajutorul programului „Statistical Parameter the Social Sciences ver. 20 pentru Windows (SPSS YNC Chica 90 6L 2011)”.

Pentru a respecta principiile eticii medicale s-a recurs la informarea familiei pentru a primi acordul acestora, privind complexul de investigații și folosirii remediilor terapeutice. Pacientele au fost asigurate despre respectarea confidențialității și anonimatului asupra datelor personale.

Rezultate și discuții.

În studiul retrospectiv au fost incluse 830 de gravide, care au născut 853 de nou-născuți în două centre perinatologice din orașul Chișinău: IMPSP Centrul Mamei și Copilului și SCM nr.1. Rezultatele studiului retrospectiv (2008-2012) au demonstrat, că în aceasta perioada la un număr de 19785 nașteri, 9531 (4,8%) au fost premature, inclusiv 830 (0,4%) între termenele de gestație 22-28 săptămâni, cu rata de 0,4% către numărul total de nașteri și de 9,2% din totalul de nașterii premature. Se observă o rată scăzută a acestor nașteri în comparație cu țările europene, care poate fi explicată prin faptul, că în toate maternitățile din întreaga republică funcționează un procent impunător de paturi destinate gravidelor cu diferite complicații a evoluției sarcinii, atât obstetricale cât și somatice. În structura acestor paturi, 30-40% revin gravidelor cu iminență de întrerupere a sarcinii.

Incidența nașterilor premature în diferite țări depinde de rata natalității, de starea socio-economică, nivelul de cultură și trai, educație, și nu în ultimul rând, de nivelul calității de deservire medicală și al resurselor financiare alocate de sistem, îndeosebi, în domeniului mamei și copilului.

Majoritatea gravidelor incluse în cercetare au aparținut grupului social defavorizat cu un nivel scăzut de instruire și școlarizare 64,9% și un potențial reproductiv compromis. Fiecare a 5-ea gravidă nu s-a aflat în evidența medicului de familie. La fiecare pacientă anamneza obstetricală era agravată cu pierderi reproductive, avorturi spontane repetate, nașteri premature.

Pe parcursul perioadei de investigație (2008-2012), datele studiului nu a evidențiat schimbări semnificative atât numerice cât și calitative ale indicatorilor perinatali [3] (tab.1).

Tabelul 1.

Pierderile perinatale printre copii născuți cu masa extrem de mică (500-1000g) 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 neonatal precoce							
1 săpt	nr.abs	49	68	64	65	68	314
	%	563±5,3	591±4,4	621±4,8	619±4,7	581±4,6	596±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

Rezultatele studiului nostru au arătat, că 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 neonatală precoce a constituit 59,8%. Ponderea acestor copii în rata mortalității perinatale constituie 29%, cea neonatală precoce, - 18% și cea infantilă, - 19,5%.

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%.

Durata medie de îngrijire în staționar a unui copil care a supraviețuit a fost de 72 zile, iar costul unei zile care de tratament a fost de 372 lei, de aproximativ opt ori mai mic decât în centrele perinatologice ale țărilor economic dezvoltate.

În unele publicații din ultimii ani viabilitatea copiilor născuți cu masa 500 g atinge cifra 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 destresei respiratorii în centrele de reanimare și terapie intensivă ale Republicii Moldova a fost, cu regret, limitată.

Etapa a doua a studiului, care a cuprins anii 2013-2015 a fost consacrată determinării eficacității tacticii active și expectative de conduită a pacienților cu ruperea prematură a membranelor amniotice (RPMA) între termenele de gestație 25-28 săptămâni. Evaluarea consecințelor prematurității extreme asupra morbidității și mortalității perinatale în funcție de modalitatea de naștere (spontană-expectativă) elaborarea unui algoritm orientat spre optimizarea conduitei sarcinii și nașterii premature cu RPPA la termene de gestație 25-28 săptămâni.

Un subiect de o importanță deosebită, larg supus discuției în ultimii ani atât în literatura de specialitate cât și la diferite forumuri științifice prezintă conduita sarcinii și nașterii cu ruperea prematură a membranelor amniotice la termenele de gestație 24-28 săptămâni. Spre deosebire de conduita sarcinii și nașterii premature cu RPMA la termenii de gestație 34-37 săptămâni are un răspuns mai mult sau mai puțin clar, rezolvarea sarcinii și nașterii premature la termenii de gestație 24-28 săptămâni prezintă una dintre cele mai controversate și nesoluționate probleme.

Astăzi nu există o părere unică în ceea ce privește conduita sarcinii și nașterii la termene de gestație 24-28 săptămâni. Unii autori susțin ideea de a prelungi sarcina ce ar putea contribui la nașterea unui copil cu masa corporală mai mare și o rată de viabilitate sporită. Alții consideră că prelungirea sarcinii în cazul RPMA prezintă un factor de risc pentru favorizarea complicațiilor infecțioase. Aceste păreri contradicto-

rii fac ca medicul obstetrician să se afle în fața unei dileme complicate, în luarea unei decizii corecte de rezolvare a nașterii care să corespundă atât interesului mamei cât și al copilului. În fața medicului apar o mulțime de întrebări care nu pot fi soluționate numai prin intermediul cunoștințelor pur medicale, ele în mare măsură depind și de interese, drepturi și obligațiuni de etică.

Luând în considerare rezultatele studiului nostru retrospectiv care a constatat lipsa de viabilitate a copiilor născuți la termene de gestație 22-24 săptămâni, acești copii nu au fost incluși în cercetare, în studiul prospectiv au fost incluse doar gravidele cu termenii de gestație 25-28 săptămâni.

Prin urmare, pentru realizarea obiectivelor cercetării, în studiu au fost incluse 185 de paciente, care au născut în 2 centre de perinatologie din orașul Chișinău, IMPSP- Centrul Mamei și Copilului, IMPSP- Spitalul Clinic Municipal nr.1, în perioada anilor 2013-2015. Conform studiului de trai 55 de gravide proveneau din mediul urban și 130 din cel rural. Pentru rezolvarea obiectivelor incluse în studiu au fost folosite informațiile folosite în studiul retrospectiv. În intervalul de timp 2013-2015 în cele două centre perinatologice (Terțiale), au fost înregistrate 43792 de nașteri dintre care 3700 premature (84 %) inclusiv 383 (10.5 %) la termene de gestație 22-28 săptămâni, în raport cu modalitatea de naștere la termene de gestație 25-28 săptămâni, paciențele au fost repartizate în 2 loturi:

1. Lotul 1 – paciențele care au născut prin metoda activă – 103 gravide.
2. Lotul 2 – paciențele care au născut prin metoda expectativă – 82gravide.

În ce privește caracteristica medico – socială a pacienților ambelor loturi nu au existat diferențe semnificative. Majoritatea – 70% au fost de vârsta reproductivă optimă, între 20–30 ani, dar 30% din gestante – 54 la număr aveau peste 30 de ani. În structura parietății – 154 de gestante (82,2 %) au fost primipare-secundegeste, majoritatea din ele cu anamneză obstetricală-ginicologică și somatică compromisă, cu avorturi în antecedente, inclusiv spontane și 16 nașteri premature. În ceea ce privește particularitățile evoluției sarcinii prezente la paciențele incluse în studiu rezultatele au arătat că una din principalele complicații a fost iminența de întrerupere a sarcinii, condiționată de un spectru larg de factori cu impact negativ asupra sarcinii: Hiperemesis gravidarum, pielonefrita, vulvovaginitele bacteriene, oligoamnioza, polihidramnioza, anemia fierodeficitară, stresul cronic. Un număr impunător de gravide de repetate ori au fost spitalizate cu iminența de întrerupere a sarcinii în secțiile de patologie a gravidelor unde au urmat tratament de păstrare a sarcinii, inclusiv terapie tocolitică, glucocorticoizi și terapie antibacteriană.

La gravidele care au născut prin metoda activă (spontană) durata perioadei alichidiene a fost sub 18

ore, pe când la gravidele care au născut prin metoda expectativă durata acestei perioade a fost următoarea: 18-48 ore – 23 cazuri (28,04 %); 48- 72 ore -39 (45,56 %); mai mult de 72 h – 20 cazuri (24,39 %).

Mortalitatea neonatală în cazul prematurilor, și în cazul studiului actual, este semnificativ mai mare în cazul nou-născuților la termenul 25 – 26 săptămâni de gestație, comparativ cu același indicator atestat la nou-născuți cu termenul 27 – 28 săptămâni de gesta-

ție. Mortalitatea neonatală precoce (0-6 zile) rămâne practic constantă pentru anii 2013 – 2015, iar cea neonatală tardivă (7-27 zile) crește ușor, prezentând un trend ascendent începând din 2013.

Astfel, mortalitatea neonatală precoce pentru nou-născuții cu termenul de gestație 25-26 săptămâni la femeile cu ruperea prematură a membranelor a constituit 526,3% comparativ cu 289,0% pentru nou-născuții cu termenul de gestație 27-28 săptămâni (tab.2).

Tabelul 2.

Pierderile neonatale în categoria copiilor născuți la termenul de sarcină 25 – 28 săptămâni la femeile cu ruperea prematură a membranelor în perioada anilor 2013 – 2015 în Republica Moldova

Anii	Numărul de copii născuți vii la termenul de sarcină 25 – 28 săptămâni		Copii decedați în primele 6 zile de viață		Copii transferați la etapa II		Copii decedați la etapa II		Total copii care au supraviețuit	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
2013-2015	25-26 săptămâni	57	30	526,3%	27	47,37%	6	22,22%	21	36,84%
	27-28 săptămâni	128	37	289,0%	91	71,10%	3	3,29%	88	68,75%

Analizând rata deceselor pentru termenul 25 – 26 săptămâni de gestație și 27 – 28 săptămâni de gestație, putem menționa că rata cea mai mare din aceste decese în primele 6 zile de viață, micșorându-se în intervalul 7-27 zile.

Astfel, între prematurii cu termenul de gestație 25 – 26 săptămâni și 27 – 28 săptămâni, (Tabelul 2) există o diferență statistic semnificativă în ceea ce privește rata și durata supraviețuirii ($p=0,0001$, $\chi^2 = 17,156$).

Reducerea ratei de deces neonatal este un indica-

tor al ameliorării asistenței neonatale oferite în secțiile pentru nou-născuți și cele de reanimare și terapie intensivă neonatală.

În scopul profilaxiei detresei respiratorii, toate cele 82 gravide care au născut prin metoda expectativă, au primit terapie tocolitică, antibacteriană și tratamentul cu glucocorticosteroizi. Trebuie de menționat că rata pierderilor perinatale în ambele loturi de cercetare nu diferă una de alta, dar se constată o creștere a morbidității copiilor născuți prin metoda expectativă (tab.3).

Tabelul 3.

Caracteristica morbidității copiilor în funcție de metoda de terminare a sarcinii

Morbiditatea in perioada neonatala	Tactica activă, N=103		Tactica expectativă, N=82		χ^2 , p
	Nr de cazuri	%	Nr de cazuri	%	
Infecție intrauterină	10	9,7	19	23,17	6.259, 0.012
Pneumonie congenitală	6	5,8	13	15,85	4.982, 0.026
SDR ușor, mediu	31	30,09	27	32,92	-
SDR sever	10	9,7	12	14,63	-
Suferință respiratorie	42	40,77	61	74,39	20.903, 0.0000
Asfixie	6	5,8	11	13,41	-
Sepsis	11	10,67	16	19,51	-
Hemoragie pulmonară	2	1,9	5	6,09	-
HIV	10	9,7	18	21,95	5.327, 0.021
Acidoză	15	14,5	21	25,6	-
Dereglări metabolice	18	17,4	17	20,7	-
Persistența circulației fetale	16	15,5	23	28,04	4.298, 0.038

Conform rezultatelor studiului, copiii prematuri născuți prin aplicarea tacticii expectative au fost afectați mai frecvent de infecție intrauterină (χ^2 6.259, 0.012), pneumonia congenitală (χ^2 4.982, 0.026), suferința respiratorie (χ^2 20.903, 0.0000), HIV (χ^2 5.327, 0.021) și persistența circulației fetale (χ^2 4.298, 0.038), com-

parativ cu copiii prematuri născuți prin tactica activă. Cazurile de infecție intrauterină și sepsis au fost condiționate de corioamionita la mamele lor ca urmare a tacticii expectative cu perioada alichidiană îndelungată, iar cazurile de HIV –de nașterea per vias naturalis, care a prevalat în acest grup, comparativ cu copiii născuți,

prin aplicarea tacticii active. Cu toate ca mamele copiilor prematuri nascuti prin tactica expectativa au primit tratamentul cu corticosteroizi antenatal, comparativ cu cei nascuti prin tactica activa, aceasta nu a avut efect semnificativ asupra aparitiei SDR de diferit grad de severitate. Necatind la administrarea de antibiotice de catre femeile care au nascut prin tactica expectativa, acestea au dezvoltat mai frecvent patologii infectioase, care a fost cauza frecventei crescute a infectiilor intrauterine si pneumonii congenitale la copii.

Concluzii

Publicatiile din ultimii ani ale savantilor din țările economice dezvoltate, cu centre de perinatologie bine dotate, arată că pe parcursul ultimelor decenii, ca rezultat al implementării noilor tehnologii și al noilor reforme de organizare, cu îmbunătățirea condițiilor de activitate ale secțiilor de reanimare și terapie intensivă, se constată o creștere a supraviețuirii copiilor născuți cu masa extrem de mică, începând de la termenele de gestație 25 săptămâni.

Rezultatele studiului nostru a constatat că incidența nașterilor premature la termene de gestație 22-28 săptămâni a constituit 0,4% din numărul total de nașteri și 9,2% din numărul total de nașteri premature.

Pacientele incluse în studiu, atât retrospectiv cât și în cel prospectiv au aparținut grupului social-economic defavorizant, cu un nivel scăzut de instruire și școlarizare, cu un potențial reproductiv și somatic compromis.

Din cei 527 copii născuți vii între termenii de gestație 22-28 săptămâni, atestați în perioada anilor 2008-2012, în primele 6 zile de viață (perioada neonatală precoce) au decedat 314 (59,6±2,1) dintre care 206 (39,1±2,1) au decedat în primele 24 ore de viață. Așadar, mortalitatea neonatală precoce a constituit 596%, rata de viabilitate -26,2±1,92. Nici un copil din cei născuți la termene de gestație 22-24 săptămâni nu a supraviețuit.

Actualmente, serviciul medical în domeniul mamei și copilului necesită o modernizare, atât la nivel primar, cât și spitalicesc prin implementarea noilor reforme organizatorice și curative orientate spre îmbunătățirea nivelului calitatii serviciului obstetrical și neonatal. Secțiile de reanimare și terapie intensivă, precum și centrele perinatale, necesită o înzestrare de urgență cu noi tehnologii avansate și aprovizionarea cu medicamente necesare la toate etapele de îngrijire a copiilor prematuri. Prin aceste măsuri se va îmbunătăți îngrijirea medicală acordată mamelor și copiilor.

Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 452 din 06.12.2007 necesită revizuire în ceea ce privește determinarea limitei inferioară de supraviețuire a copiilor născuți cu masa extrem de mică.

Bibliografie

1. ACOG practice bulletins, Obstetrics and Gynecology, 2002, 100,3, 617-624.

2. Bogdan A. și coaut. К вопросу о снижении перинатальных потерь среди новорожденных с экстремально низкой массой тела (500-1000). Все-

российский Междисциплинарный образовательный конгресс; Осложненная беременность и преждевременные роды: от вершин науки к повседневной практике, mai2012, Moscova, p. 102-103.

3. 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" сентябрь 2012, Moscova, p. 135-136.

4. BORN TOO SOON The global action report on preterm birth 2012 p. 112.

5. Баиборова Е.Н. и коав. Переход Российской Федерации на международные критерии регистрации рождения детей: взгляд организатора здравоохранения". Ж. Акушерство и гинекологий, 2013 №6.

6. Cernetchi 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.

7. De Santis M. et al. Transabdominal amnioinfusion treatment of severe oligohydramnios in preterm premature rupture of membranes at less than 26 gestational weeks. Fetal diagn. Ther. 2003, 18; 412-7.

8. Yu. V. Y. H., Wong P.Y et al. Outcome of Extremely-Low – Birth weight Infants. Brith. J. Obstetr. Gynecol., 1986, 93, 2, p. 162-170.

9. Kusuda S. et al. Morbidity and mortality of infants with very low birth weight in Japan. Pediatrics 2006; 118: 1130-113.

10. Goldberg R.L.; Culhaney J.F.; Jams J.; Romeo R.: "Epidemiology and causes of preterm birth", Lancet 2008, p. 75-84.

11. Markestad et al. Acta Pediatrics 2005, 115, 5, 1289-1298.

12. Mitchell R.G. Objectivity and outcome of perinatal core lancet. 1985, 11, 8461, 931-935.

13. Nwalsei Gh.G., et al. Preterm birth at 23 to 26 weeks gestation. Amer. J. Obstet. gynecol. -1987. vol 157, p. 890-897.

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. Палади Г.А., Гагауз О.И., Тэуту Л.Л., Особенности развития демографических процессов в Р.М.: Проблемы Репродукции (материалы IV Международного конгресса по репродуктивной медицине) Москва 18-21 января 2010, стр. 26 ISSN 1025-7217.

16. Petrou S. Economic consequence of preterm birth and low birth weight (BJOG 2003; suppl. 20, p. 17-23).

17. Stratulat P., Curteanu A. Proiectul „Modernizarea sistemului perinatal din Republica Moldova. Realizări principale și perspective” Buletin de perinatologie, 2010; 4 (48) p.3.

18. Teberg A.J et al. «Factors affecting nursery survival of very low birth weight infants». J. Perinatal med. -1987 – vol 15 №3, p. 297 – 306.

19. Проект Мать и дитя. Авторский коллектив. Ведение детей с экстремально низкой массой тела при рождении и на первом году жизни. Москва 2011.