

al, deci, beneficiul economic constituie **1.465.120 lei** anual. Aceste resurse vor putea fi redirecționate pentru asigurarea cu medicamente compensate necesare pentru controlul maladiei și reducerea cazurilor de astm bronșic sever. Controlul maladiei va avea ca rezultat îmbunătățirea funcției pulmonare care, la rândul său, conduce în timp la îmbunătățirea calității vieții și va oferi posibilități de reducere a indicelui dizabilității, el căpătând valori ce corespund realității și sunt în concordanță cu nivelul raportat de alte țări.

Concluzie: Optimizarea managementului astmului bronșic la copii poate contribui la un beneficiu economic esențial care ar putea fi redistribuit pentru asigurarea bolnavilor cu medicamentele necesare gratuit. Tratamentul corect contribuie la menținerea controlului maladiei și, ca rezultat va reduce indicele dizabilității.

Bibliografie:

1. Hotărârea Guvernului nr.65 din 23.01.2013 "Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă", Monitorul Oficial Nr. 18-21 din 25.01.2013, art. Nr 104.
2. Hotărârea Guvernului Nr. 688 din 20.06.2006 "Cu

privire la Expertiza Medicală a Vitalității", Monitorul Oficial Nr. 98-101 din 30.06.2006, art. 740.

3. Bahadori K. et al. Economic burden of asthma: a systematic review. *BMC Pulm Med*, 2009, vol. 9, p. 24.

4. Gergen P. J. Understanding the economic burden of asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 2001, vol. 107 (5 Suppl), p. 445-S448.

5. Morgan M., Khan D. Asthma: epidemiology, burden and quality of life. *Adv Psychosom Med*, 2003, vol. 24, p. 1-15.

6. Selb M. et al. A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015, vol. 51(1), p. 105-117.

7. Sennhauser F., Braun-Fahrlander C., Wildhaber J. The burden of asthma in children: a European perspective. *Paediatr Respir Rev*, 2005, vol. 6(1), p. 2-7.

8. Yao T.C. et al. Exhaled nitric oxide discriminates children with and without allergic sensitization in a population-based study. In: *Clin Exp Allergy*, 2011, vol. 41, p. 556-564.

9. <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>.

© Maria Manceva, M. Rotaru

Maria Manceva, M. Rotaru
**PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI TRAVALIULUI ȘI PERIOADEI PUERPERALE
LA GRAVIDELE CU RETARD DE DEZVOLTARE INTRAUTERINĂ AL FĂTULUI ÎN FUNCȚIE
DE METODA DE PREINDUCȚIE A NAȘTERII**

IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

SUMMARY

PARTICULARITIES OF LABOR AND PUERPERAL PERIOD IN PREGNANT WOMEN WITH THE INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION SYNDROME (IUGRS) ACCORDING TO THE METHOD OF PRE-INDUCTION OF THE BIRTH

Key words: Mifepristone, Misoprostol, Intrauterine Growth Retardation (IUGR)

Objective: *The evaluation of particularities of the evolution of labor and the puerperal period in women with the Intrauterine Growth Retardation Syndrome (IUGRS) according to the pre-induction method of birth.*

Study design: *In prospective study were included 248 women with IUGRS, which in dependence of the method of cervix preparation, were divided into 3 groups: I (basic) - 82 patients, whom had been appointed mifepristone, II (comparison) - 82 patients whom have been appointed misoprostol, III (control) - 84 patients who gave birth to sinister. Groups of patients were omogene for comparison.*

Results: *The use of mifepristone for pre-induction contributes to a decrease in the total duration of birth compared to spontaneous birth (baseline 406.07 ± 16.32 min vs. 464.91 ± 13.16 min in spontaneous delivery), reduces the incidence of abnormal uterine contractions: 5 ($6.1 \pm 2.64\%$) versus 7 ($8.54 \pm 3.08\%$) in the comparison group and 13 ($15.48 \pm 3.95\%$) in the control group did not condition the increase in the rate of surgery cesarean compared to spontaneous birth ($RR = 1.08$, $95\% CI = 0.67-1.74$). At the same time, pre-induction with*

mifepristone is accompanied by a lower rate of OC compared to pre-induction with misoprostol (RR = 0.60, 95% CI - 0.34-1.05 $p < 0.05$).

Conclusion: The study of the action of mifepristone and misoprostol on the progression and outcome of the mother's birth allowed us to conclude that the pre-induction of mifepristone birth is not accompanied by the risk of performing the caesarean section (RR = 1.08, 95% CI = 0.67-1.74) unlike misoprostol (RR = 1.55, 95% CI = 1.14-2.11); Also, mifepristone does not cause maternal complications. The results of pre-induction births with mifepristone were comparable to spontaneous births.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ПРЕИНДУКЦИИ.

Ключевые слова: Синдром задержки внутриутробного развития плода (СЗВУРП), мифепристон, мизопроустол.

Цель исследования: оценить особенности течения родов и послеродового периода у женщин с синдромом задержки внутриутробного развития плода в зависимости от метода преиндукции родов.

Дизайн исследования: для достижения этой цели было проведено проспективное исследование. В исследование включены 248 случаев родов с СЗВУРП на сроке 28-36 + 6 недель беременности. Все случаи были разделены на 3 группы в зависимости от метода преиндукции родов: I группа основная – 82 пациентки с СЗВУРП, у которых преиндукция родов была проведена мифепристоном, II группа сравнения - 82 пациентки с СЗВУРП, у которых преиндукция родов была проведена мизопроустолом, III группа контроля - 84 пациентки с СЗВУРП, которые родили самопроизвольно.

Результаты: использование мифепристона для преиндукции способствует уменьшению общей продолжительности родов по сравнению со спонтанными родами (в I группе $406,07 \pm 16,32$ мин против $464,91 \pm 13,16$ мин в III группе), снижает частоту аномалии сократительной деятельности матки: 5 (6,1 ± 2,64%) против 7 (8,54 ± 3,08%) в группе сравнения и 13 (15,48 ± 3,95%) в контрольной группе, не увеличивает частоту кесарева сечения по сравнению со спонтанными родами (RR = 1,08, 95% ДИ = 0,67-1,74). В то же время преиндукция мифепристоном сопровождается более низкой частотой кесарева сечения по сравнению с преиндукцией мизопроустолом (RR = 0,60, 95% ДИ - 0,34-1,05, $p < 0,05$).

Заключение: Изучение действия мифепристона и мизопроустола на развитие и исход родов у пациенток с СЗВУРП позволило сделать вывод о том, что преиндукция мифепристоном не повышает риск проведения кесарева сечения (RR = 1,08, 95% ДИ = 0,67 -1,74) в отличие от мизопроустола (RR = 1,55, 95% CI = 1,14-2,11); Кроме того, мифепристон не ведет к росту материнских осложнений. Результаты родов с преиндукцией мифепристоном были сопоставимы со спонтанными родами.

Actualitate. Retardul de dezvoltare intrauterină al fătului (RDIUF) se referă la cea mai importantă grupă de complicații ale perioadei perinatale. Acesta sporește morbiditatea și mortalitatea feților și nou-născuților și condiționează un nivel înalt de nașteri prin operație cezariană [1]. În literatura medicală există o mulțime de publicații dedicate RDIUF, însă unele aspecte ale problemei nu sunt studiate în întregime [2,3,4]. Conduita nașterii cu RDIUF depinde de indicii investigațiilor prenatale, de starea mamei, pregătirea căilor de naștere și de termenul de sarcină [5,6].

Pornind de la aceste constatări am format **scopul** studiului prezent: evaluarea particularităților evoluției travaliului și a perioadei puerperale la gravidele cu RDIUF în funcție de metoda de preinducție a nașterii folosită.

Material și metode.

În vederea realizării acestui scop a fost efectuat un studiu prospectiv. Grupul de cercetare a constituit din 248 de cazuri – femei gravide la care s-a determinat RCIUF în termene de sarcină 28-36⁺⁶s.a. și care au născut în IMSP IMȘiC. **Criteriile de includere în**

studiu: Vârsta 15-45 ani, termenul de sarcină 28-36⁺⁶ s.a., RCIUF gr I – II la făt, căile de naștere biologice nepregătite, prezența indicațiilor pentru rezolvarea sarcinii pretermen, acordul pacientei pentru utilizarea metodei, sarcină monofetală, prezentație craniană, lipsa semnelor de detresă respiratorie la făt, flux diastolic normal sau insuficiență circulatorie gr.I - II. Astfel cazurile (N=248) au fost eșalonate în 3 grupuri de studiu în funcție de metoda de preinducție a nașterii folosită: grupul I – 82 de paciente cu RCIUF la care preinducția nașterii s-a efectuat cu mifepriston, grupul II de comparație – 82 de paciente cu RCIUF la care preinducția nașterii s-a efectuat cu misoprostol, grupul III de control – 84 de paciente care au născut de sine stătător.

Pentru a efectua analiza evoluției travaliului și perioadei puerperale la pacientele incluse în studiu au fost utilizate următoarele metode de cercetare: metoda interviului, metoda de anchetă, examenul clinic, examenul obstetrical, examenul instrumental.

Indicii statistici au fost calculați utilizând Baza de date EXCEL 2013, SPSS computer software (SPSS

Version 13 for Microsoft Windows, SPSS Inc.). Datele au fost analizate prin folosirea statisticii descriptive: rezultatele exprimate în termeni medii, deviație standardă, Student Test, EpiInfo7 (Stat Calc) și analizate conform normelor statistice impuse de biostatistica medicală.

Rezultatele studiului Apreciind particularitățile clinice ale debutului travaliului, noi am stabilit că scurgerea prematură a lichidului amniotic a avut loc în mai mult de 50% cazuri din loturile studiate, fără diferențe statistic semnificative între loturi. Astfel, în lotul de bază această complicație a fost diagnosticată în 54,88±5,50 % cazuri, în lotul de comparație în 63,41±5,32%, iar în lotul de control în 51,19±5,45 % cazuri. Studiul caracterului activității de naștere a evidențiat că la majoritatea pacientelor travaliul a decurs fără dereglarea funcției contractile uterine. Insuficiența forțelor de contracție a fost diagnosticată în 5 (6,1±2,64%) cazuri în lotul de bază, în 7 (8,54±3,08%) cazuri în lotul de comparație, cu lipsa diferenței statistic veridice între loturi

($p_{1-2}>0,05$) și în 13 (15,48±3,95%) cazuri din lotul de control cu diferență semnificativă între L_1 și L_3 ($p_{1-3}<0,05$). Conform studiului dat, la administrarea *mifepristonului* și misoprostolului, scade necesitatea administrării suplimentare a uterotonicelor (oxitocina). Dimpotrivă, *mifepristonul* contribuie la reducerea riscului și a frecvenței apariției insuficienței forțelor de contracție uterine, datorită mării sensibilității miometrului către oxitocina endogenă. [7].

Disfuncția activității de naștere a predominat în lotul de comparație (4,88 ±2,40%), în lotul de control constituind 2,38±1,66 %, iar în lotul de bază această complicație nefiind depistată. Semne de hiperstimulare a nașterii au fost observate numai în lotul de comparație, în număr total de 8 cazuri (9,76±3,28%,

$p<0,01$). Hemoragie patologică în naștere în urma decolării de placentă normal inserată s-a dezvoltat în 2 (2,44±1,70%) cazuri în lotul de comparație, iar în legătură cu acest fapt a fost efectuată operația cezariană în mod urgent. În celelalte loturi această complicație nu a fost diagnosticată. În urma aprecierii stării intranatale a fătului s-a depistat că mai frecvent hipoxia fetală în naștere a fost diagnosticată în lotul la care s-a administrat misoprostol – 18 (21,95±4,57%, $p<0,05$) cazuri, în comparație cu lotul la care s-a folosit *mifepristonul* – 8 (9,76±3,28%) cazuri și în lotul de control – 8 (9,52±3,20%) cazuri, fiind condiționată în general de dereglarea funcției de contracție a uterului.

Ruptura colului uterin de gradele I și II a fost diagnosticată de 3 ori mai frecvent la pacientele din lotul de control, decât în caz de administrare a *mifepristonului*, și anume în 17,86±4,18% vs 6,1±2,64% cazuri ($p<0,05$). În lotul cu administrarea misoprostolului ruptura colului uterin a complicat nașterea în 10,98±3,45% cazuri, fără diferențe semnificative statistic între loturi ($p>0,05$). Datele obținute de noi confirmă acțiunea pozitivă (benefică) a acestui anti-gestagen asupra schimbărilor structurale ale colului uterin și coincid cu datele din literatura de specialitate [8]. Ruptura vaginului s-a înregistrat în 14,63±3,90% cazuri în lotul de bază, în 17,07±4,15% cazuri în lotul de comparație și în 20,24±4,38% cazuri în lotul de control, fără diferențe statistic semnificative între loturi ($p>0,05$) (Figura 1).

Analizând procesul de naștere, am determinat că majoritatea gravidelor din loturile studiate au născut pe cale naturală. Nașterea a avut loc pe cale vaginală la 72 (87,80±3,61%) paciente din lotul de bază vs 78 (92,86±2,81%) din lotul de control (RR=0,768, 95% ÎI – 0,5074-1,162, $p>0,05$), vs 62 (75,61±4,74%) din

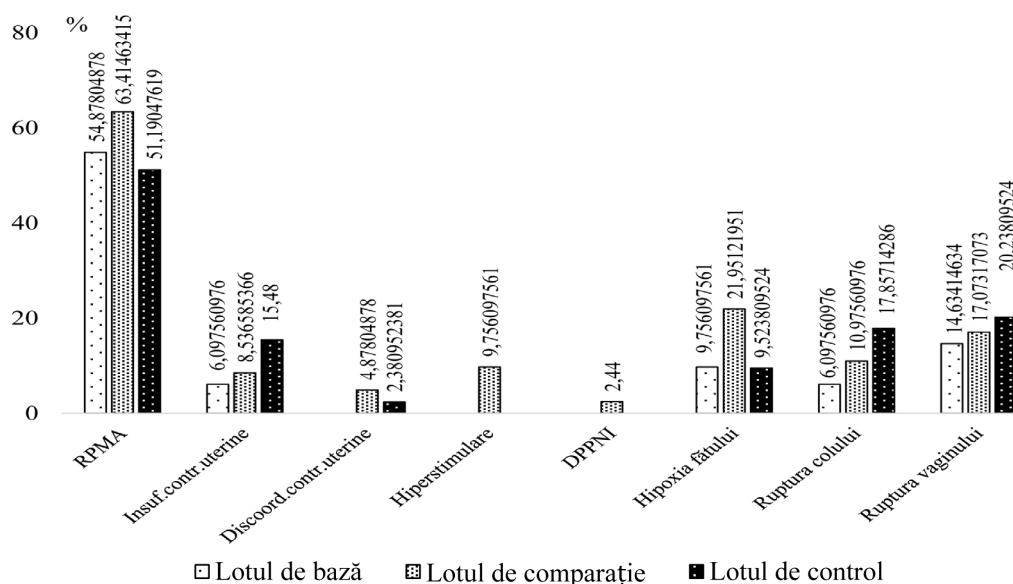


Fig. 1. Complicațiile nașterii la parturientele incluse în studiu (%).

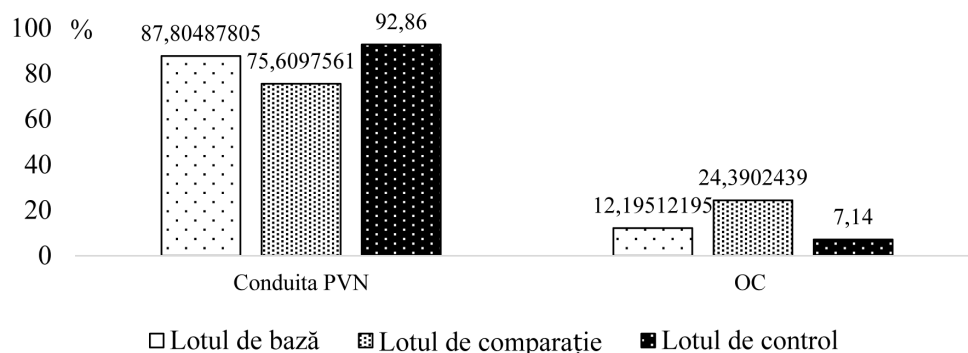


Fig. 2. Conduita nașterii la pacientele din loturile studiate (%).

lotul de comparație (RR=1,612, 95% ÎÎ – 0,9489-2,738, p<0,05).

Nașterea a fost rezolvată prin operație cezariană în mod urgent la 10 (12,20±3,61%) femei din lotul de bază vs 20 (24,39±4,74%) parturiente din lotul de comparație (RR=0,768 95% ÎÎ –0,5074-1,162, p>0,05), vs 6 (7,14±2,81%) din lotul de control (RR=1,014, 95% ÎÎ – 0,6349-1,6191, p>0,05) (Figura 2).

Am constatat o diferență semnificativă din punct de vedere statistic dintre rezultatele obținute în lotul de comparație și lotul de control, și anume: în cazul utilizării misoprostolului cu scop de preinducere a nașterii, de cele mai dese ori nașterile se terminau prin operația cezariană, în comparație cu nașterile a căror travaliu debuta de sine stătător (RR=1,737, 95% ÎÎ – 1,312-2,3, p<0,01) (Tabelul 1).

Tabelul 1.

Rata nașterilor pe cale vaginală și prin operația cezariană în loturile studiate

Criteriu	Riscul relativ (RR)								
	RR ₁₋₂	95%ÎÎ	p ₁₋₂	RR ₁₋₃	95%ÎÎ	p ₁₋₃	RR ₂₋₃	95%ÎÎ	p ₂₋₃
Conduita PVN	1,612	0,9489-2,738	<0,05	0,768	0,5074-1,162	>0,05	0,5757	0,4348-0,7623	<0,01
OC	0,6204	0,3652-1,054	<0,05	1,302	0,8603-1,971	>0,05	1,737	1,312-2,3	<0,01

Printre indicațiile pentru operație cezariană în lotul de control au prevalat travaliul patologic (7,14±2,81%) și hipoxia fetală (4,76±2,32%). În urma administrării mifepristonului hipoxia fătului, în 6,10±2,64% cazuri, și ineficiența preinducției travaliului, în 9,76±3,2 8% cazuri, au servit drept indicație pentru terminarea

nașterii prin operație cezariană (Tabelul 2). În lotul cu administrarea misoprostolului indicațiile principale pentru operație cezariană au fost: ineficiența preinducției travaliului (20,73±4,48%), hipoxia fătului (7,32±2,88%), DPPNI (2,44±1,70%).

Tabelul 2.

Indicațiile pentru operație cezariană la pacientele din loturile studiate (abs; %)

Criteriu	L ₁ (n ₁ =82)		L ₂ (n ₂ =82)		L ₃ (n ₃ =84)	
	Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)
Ineficiența preinducției travaliului	8	9,76±3,28**	17	20,73±4,48	0	-
Hipoxia fătului	5	6,10±2,64	6	7,32±2,88	4	4,76±2,32
Insuficiența forțelor de contracție	0	-	0	-	6	7,14±2,81
DPPNI	0	-	2	2,44±1,70	0	-

Notă: * - L₁/L₂: * - p>0,05, ** - p<0,05, *** - p<0,01, **** - p<0,001

- L₁/L₃: # - p>0,05, ## - p<0,05, ### - p<0,01, #### - p<0,001

& - L₂/L₃: & - p>0,05, && - p<0,05, &&& - p<0,01, &&&& - p<0,001

În timpul nașterii PVN, diferențe mari ale volumului hemoragiei nu au fost înregistrate, în lotul de bază acesta a constituit 254,861±7,80 ml, în lotul de

comparație 308,065±27,80 ml, iar în lotul de control 253,205±5,16 ml. Volumul total al pierderii de sânge după nașterea prin operație cezariană în toate

cazurile studiate nu a depășit volumul fiziologic, dar au fost semnalate diferențe statistic semnificative din-

tre lotul de bază (595 ±17,96 ml) și cel de comparație (665±12,88 ml) (p<0,01) (Tabelul 3).

Tabelul 3.

Pierderea de sânge în naștere la parturientele din loturile studiate

Pierderea de sânge (ml)	L ₁ (n ₁ =82)	L ₂ (n ₂ =82)	L ₃ (n ₃ =84)
	X ± ES	X ± ES	X ± ES
După naștere PVN	254,861±7,80*	308,065±27,80 ^{&}	253,205±5,16 [#]
După OC	595 ±17,96***	665±12,88 ^{&}	683,333±68,38 [#]

Notă: * - L₁/L₂: * - p>0,05, ** - p<0,05, *** - p<0,01, **** - p<0,001
- L₁/L₃: # - p>0,05, ## - p<0,05, ### - p<0,01, #### - p<0,001
& - L₂/L₃: & - p>0,05, && - p<0,05, &&& - p<0,01, &&&& - p<0,001

Studiul acțiunii metodelor propuse de preinducție asupra evoluției procesului de naștere a demonstrat că pe fundalul administrării atât a *mifepristonului* cât și a misoprostolului are loc micșorarea duratei totale a procesului de naștere, comparativ cu lotul de control. Mai scurtă a fost perioada I de naștere: în lotul de bază ea constituind în medie 372,43±15,80 min, în lotul de comparație 352,10±16,26 min, iar în lotul de control acest parametru a fost de 429,69±12,93 min, (p<0,001), ceea ce indică un timp satisfăcător de deschidere a colului uterin în procesul de naștere (Tabelul 4). Durata perioadei de expulzie în lotul cu administrare a misoprostolului (19,71±0,97 min) a fost semnificativ mai scurtă decât în lotul de control

(25,72±1,48 min, p<0,001) și fără diferențe semnificative, comparativ cu lotul de bază (22,94±1,42 min, p>0,05). Durata perioadei a III-a a procesului de naștere în loturile comparate nu a diferit statistic semnificativ: lotul de bază (10,76±0,99 min), lotul de comparație (11,02±1,02 min), lotul de control (9,5±0,78 min) (p>0,05).

În urma analizei efectuate se observă micșorarea semnificativă a duratei totale de naștere în ambele loturi cu pregătirea căilor de naștere: lotul de bază (406,07±16,32 min) și lotul de comparație (382,5±16,41 min) vs lotul de control (464,91±13,16 min) (p₁₋₂>0,05, p₁₋₃<0,01, p₂₋₃<0,001).

Tabelul 4.

Durata travaliului în loturile investigate

Criteriul	L ₁ (n ₁ =82)	L ₂ (n ₂ =82)	L ₃ (n ₃ =84)
	X ± ES	X ± ES	X ± ES
Durata totală a nașterii, min	406,07±16,32*	382,5±16,41 ^{&&&&}	464,91±13,16 ^{###}
Perioada I, min	372,43±15,80*	352,10±16,26 ^{&&&&}	429,69±12,93 ^{###}
Perioada II, min	22,94±1,42*	19,71±0,97 ^{&&&&}	25,72±1,48 [#]
Perioada III, min	10,76±0,99*	11,02±1,02	9,5±0,78 [#]

Notă: * - L₁/L₂: * - p>0,05, ** - p<0,05, *** - p<0,01, **** - p<0,001
- L₁/L₃: # - p>0,05, ## - p<0,05, ### - p<0,01, #### - p<0,001
& - L₂/L₃: & - p>0,05, && - p<0,05, &&& - p<0,01, &&&& - p<0,001

Perioada post-partum la majoritatea pacientelor din lotul de bază, din lotul de comparație și din lotul de control a decurs fără complicații.

Pacientele cărora li s-a administrat *mifepriston* cu scop de preinducție a nașterii nu au dezvoltat complicații septice, iar în urma administrării de misoprostol s-a înregistrat un caz de complicație septică (1,22±1,21%) și trei cazuri (3,57±2,02%) în lotul de control, însă diferențe statistic semnificative între loturi nu s-au determinat (p>0,05) [9].

Hemoragia post-partum a apărut în 5 cazuri (6,10±2,64%) în lotul de paciente cărora li s-a administrat misoprostol, dar în celelalte două loturi această complicație nu a avut loc. Examenul cu ultrasunete

efectuat la a 3-a zi după naștere a depistat resturi placentare în 6 (7,32±2,88%) cazuri din lotul de bază, în 27 (31,71±5,14%) cazuri din lotul de comparație (p<0,001) și în 11 (13,10±3,68%) cazuri în lotul de control (p<0,01). Cu scop de tratament, în aceste cazuri, a fost efectuată vacuum-aspirația electrică a cavității uterine. Constatăm că după utilizarea *mifepristonului* în perioada post-partum s-au determinat mai puține cazuri de resturi placentare decât în lotul de comparație (RR=0,32, 95% ÎI – 0,15-0,67 p<0,001). Subinvoluția uterului s-a dezvoltat în 4 (4,88±2,38%) cazuri în lotul de bază, în 7 (8,54±3,09%) cazuri în lotul de comparație și în 2 (2,38±1,66%) cazuri în lotul de control, fără diferențe statistic semnificative

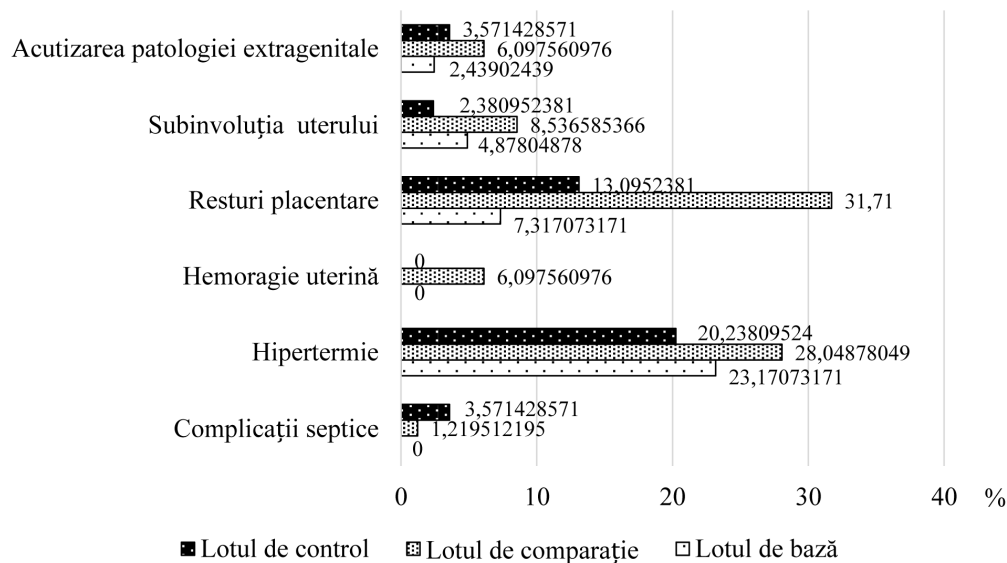


Fig. 3. Complicațiile perioadei post-partum în cadrul loturilor studiate (%).

între loturi. Acutizarea patologiei extragenitale în perioada post-partum în toate cele trei loturi s-a determinat în cazuri unice, fără diferențe statistice semnificative, ceea ce demonstrează lipsa impactului negativ al programării nașterii asupra patologiei extragenitale (Figura 3) [9].

Concluzii:

1. Utilizarea *mifepristonului* pentru preinducție contribuie la micșorarea duratei totale a nașterii, comparativ cu nașterea spontană (lotul de bază 406,07±16,32 min vs 464,91±13,16 min în nașterea spontană).

2. Utilizarea *mifepristonului* reduce incidența unei activități contractile uterine anormale: 5 (6,1±2,64)% vs 7 (8,54±3,08)% în lotul de comparație și 13 (15,48±3,95)% în lotul de control.

3. Preinducția nașterii cu *mifepriston* în cazul nașterilor premature însoțite de RDIUF nu condiționează creșterea ratei de operații cezariene, comparativ cu nașterea spontană (RR=1,08, 95% II – 0,67-1,74). Totodată, preinducția cu *mifepriston* este însoțită de o rată mai mică de OC, comparativ cu preinducția cu misoprostol (RR=0,60, 95% II – 0,34-1,05 p < 0,05).

4. După utilizarea *mifepristonului* s-au atestat mai puține leziuni de col uterin (6,1±2,64% față de 10,98±3,45% în lotul de comparație și de 17,86±4,18% în lotul de control (p < 0,05). Acest fapt confirmă acțiunea benefică a antigestagenului asupra schimbărilor structurale ale colului uterin.

5. După utilizarea *mifepristonului* în perioada post-partum s-au determinat mai puține cazuri de resturi placentare decât în lotul de comparație: 6 (7,32±2,88%) vs 26 (31,71±5,14%) (RR=0,32, 95% II – 0,15-0,67, p < 0,001).

Bibliografie

1. Чуб В.В., Чибисова И.В., Сергиенко С.Н. Синдром задержки внутриутробного развития плода: патогенез и диагностика, профилактика и лечение. Луганск, 2003. 248 с.
2. Ben-Haroush A, Yogev Y, Glickman H, Kaplan B, Hod M, Bar J. Mode of delivery in pregnancies with suspected fetal growth restriction following induction of labor with vaginal prostaglandin E2. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83(1):52–7.12
3. Larsen T, Larsen JF, Petersen S, Greisen G: Detection of small-for gestational- age fetuses by ultrasound screening in a high risk population: a randomized controlled study. Br J Obstet Gynecol 1992, 99(6):469-74 23
4. Макаров И.О., Юдина Е.В., Боровкова Е.И. «Задержка роста плода. Врачебная тактика» МЕДпресс-информ 2014, 56 с.
5. Протопопова Н.В., Колесникова Л.И., Кравчук Н.В. Выбор метода родоразрешения при задержке внутриутробного развития плода. Журнал Актуальные вопросы акушерства и гинекологии Том 1. Выпуск 1 2001-2002 г.г.
6. Manceva M. Retardul de dezvoltare intrauterină a fătului (RDIU): revista literaturii. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2014, nr. 1. p.141-146. ISSN 1857- 0011.
7. Гаспарян Н. Д., Карева Е.Н. Мифепристон в подготовке и индукции родов. В: Акушерство и гинекология, 2008, № 3, с. 50-53.
8. Абрамченко В.В. Простагландины и антигестagens в акушерстве и гинекологии Петрозаводск, 2003. 207с.
9. Manceva M., Opalco I., Pădure V. Analiza comparativă a utilizării mifepristonului și misoprostolului pentru preinducția nașterii premature cu retard de dezvoltare intrauterină a fătului (RDIUF). În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2014, nr. 3(63), p. 14-20.