



Gh. Paladi, Uliana Tabuica, Liudmila Stavinskaia

ASPECTE CONTEMPORANE DE CONDUITĂ ȘI REZULTATELE PERINATALE ÎN NAȘTERII PREMATURE*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”**Catedra Obstetrică-Ginecologie (FECMF)**(șef catedră- dr.hab.șt.med., prof.univ. O.Cernețchii)***SUMMARY****THE CONTEMPORARY ISSUES AND PERINATAL RESULTS OF PRETERM LABOUR MANAGEMENT**

Preterm labour remains one of the unresolved problem of obstetrics, in most cases aggravates the evolution of the pregnancy and labor with severe repercussions on the fetus. In this paper are presented the results of retrospective study on 328 cases of preterm birth (24-34 weeks) hospitalized in Municipal Clinical Hospital nr1. in 2011-2012. The aim of the study was to determine the optimal method of birth management, evaluating the cesarean section performance in decrease of perinatal mortality. The caesarian section performed at 29-32 weeks of gestation is more favorable for the fetus vs. natural delivery.

РЕЗЮМЕ**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Преждевременные роды остаются одной из неразрешенных проблем акушерства, в большинстве случаев отягощая течение беременности и родов с серьезными последствиями для новорожденного. В статье представлены результаты ретроспективного исследования, которое включило 328 женщин с преждевременными родами (до 34 недель), госпитализированных в ГКБ №1 гор. Кишинева в 2011-2012гг. Целью исследования стало определение оптимального метода ведения родов, оценка возможностей кесарева сечения в улучшении перинатальных показателей. Одним из выводов стало, что данная операция, произведенная при преждевременных родах в сроках 29-32 недели, является более щадящей для плода в сравнении с родами через естественные родовые пути.

Actualitate. Prematuritatea continuă să prezinte una din prioritățile obstetricii contemporane, fapt condiționat de multitudinea de complicații neonatale și maternelle determinate de această patologie obstetricală. Nașterea prematură are un impact social deosebit, fiind, alături de malformațiile congenitale, cea mai importantă sursă de morbiditate și mortalitate neonatală, cu consecințe tardive grave [7]. Nașterea prematură este responsabilă de aproximativ 50% din mortalitatea perinatală, între 70-80% din mortalitatea neonatală precoce, peste 65-75% (2/3) din mortalitatea infantilă, ca și 40% din morbiditatea neonatală și 75% din decesele nou-născuților ce nu sunt determinate de defecte congenitale.

Incidența nașterii spontane premature este apreciată, în general, ca fiind în proporție de 10%, variind între 2,5 și 30%, în mod particular fiind dependentă de statutul socio-economic al țării. Dar și în țările industrializate s-a constatat o creștere a ratei nașterilor premature în ultimul deceniu, aceasta fiind condiționată de o apreciere mai bună a vârstei de gestație,

precum și de majorarea incidenței nașterilor multiple, în special după implementarea largă a tehnologiilor reproducției asistate.

În Republica Moldova rata nașterilor premature rămâne stabilă pe parcursul ultimilor ani, atingând în 2012 nivelul de 5,6%.

Manifestările clinice ale nașterii premature sunt bine definite: contracții uterine regulate, schimbări anatomice ale colului uterin și, deseori primar – scurgerea prematură a lichidului amniotic [4, 7].

Progresele științei medicale în domeniile obstetricii și perinatologiei, bacteriologiei, farmacologiei au creat noi posibilități de a supraveghea în dinamică evoluția sarcinii, a stării mamei și a fătului pentru a interveni tempestiv atunci când prelungirea sarcinii prezintă un risc major pentru mamă și făt [1]. În ultimii ani au fost lansate noi concepții radical diferite de cele ale obstetricii clasice. Una dintre aceste concepții este necesitatea prelungirii sarcinii în caz de RPMP, aspectele legate de tactica de conduită a acestui contingent de gravide, prevenirea corioamniotitei, posibilitatea

efectuării operației cezariene în caz de perioadă ali-chidiană îndelungată, inclusiv pe fond de corioamni-onită incipientă [3, 5]. Succesele remarcabile obținute în îngrijirea copiilor născuți cu masă mică pesupun revizuirea tacticii obstetricale orientate spre prolongarea maximală a sarcinii în dependență de nivelul echipării și calificării serviciului perinatal. În legătură cu aceasta este importantă definirea perioadei optimale de prolongare a sarcinii în raport cu termenul de gestație, precum și a prezenței indicațiilor pentru terminarea sarcinii [8]. Această tactică, după părerea multor autori, contribuie la nașterea copiilor cu o masă mai mare, la diminuarea mortalității perinatale, frecvenței patologiilor respiratorii grave fără a majora incidența infecțiilor intrauterine și a letalității din cauze neinfecțioase, dar poate fi utilizată doar în staționările obstetricale specializate și în centre perinatale dotate cu secții se reanimare a nou-născutului [9].

Problema terminării nașterii pe cale operatorie în cazul sarcinii premature se decide individual [2]. Operația cezariană la termene sub 30 săptămâni de gestație se efectuează strict după indicații ce țin de starea mamei. În interesele fătului la aceste termene intervenția operatorie este justificată la femeile cu o anamneză obstetricală complicată (infertilitate de durată, fertilizare in vitro, avort habitual), precum și în caz de evoluție complicată a travaliului în prezență pelvină sau în poziție incorectă (patologică) a fătului.

Scopul studiului a fost aprecierea tacticii optimale de conduită și evaluarea indicatorilor perinatali în nașterile premature la termenele de gestație de 24-34 săptămâni.

Material și metode. A fost efectuată o analiză retrospectivă a 328 foi de observație ale pacienților internate în secțiile obstetricale ale IMSP SCM-1 (unde se concentrează toate nașterile premature din mun. Chișinău) cu naștere prematură la termenele 22-34 săptămâni, în perioada anilor 2011-2012.

Pacientele studiate au fost divizate în 3 loturi, în funcție de termenul sarcinii la care a survenit nașterea prematură: lot I – 94 femei cu termenul de gestație de 22-28 săptămâni, lotul II – 98 paciente cu termenul de 29-31 săptămâni și lotul III – 136 femei la 32-34 săptămâni, fiecare lot fiind divizat în 2 subloturi în raport de modalitatea nașterii: per vias naturalis sau prin operație cezariană.

Fișele medicale au fost analizate, iar rezultatele au fost colectate utilizând parametrii standardizați și o anchetă elaborată special. Rezultatele specifice evaluate au inclus: tactica conduitei nașterii, modul nașterii, indicațiile pentru operația cezariană, greutatea nou-născuților, scorul Apgar la naștere, evaluarea perioadei neonatale precoce, morbiditatea și mortalitatea neonatală. Analiza statistică s-a efectuat prin aprecierea mediei aritmetice, cu aplicarea testului Student (t).

Rezultatele studiului. În perioada anilor 2011-2012, în IMSP SCM -1 au fost internate 328 paciente cu naștere prematură survenită la termenele de gestație 22-34 săptămâni. Conform termenului de gestație cazurile au fost repartizate în modul următor (fig. 1).

Vârsta medie a pacientelor incluse în studiu a variat între 17 și 45 ani, în medie constituind $28,7 \pm 9,52$ ani. Sub 18 ani a fost 1 pacientă (0,3%), între 19 și 25 ani – 75 (22,95%), cu vârsta cuprinsă între 26 și 30 ani – 116 (35,5%), la 31-40 ani – 125 (38,05%), iar peste 40 ani – 11 (3,14%) femei. Printre gravidele incluse în studiu, primipare erau 190 ($58,0 \pm 2,14\%$); multipare – 138 ($42,0 \pm 2,14\%$).

Anamneză obstetricală complicată s-a constatat la 195 (59,6%) paciente, dintre care: 101 (30,7%) au avut un avort medical în anamneză, 43 (13,2%) - un avort spontan, sarcină stagnată – 11 (3,4%) gravide. Infertilitate în anamneză au acuzat 27 (8,2%) femei. De menționat că la 5 paciente (1,6%) sarcina a fost obținută prin stimularea ovulației, iar la 22 (6,6%) – prin FIV.

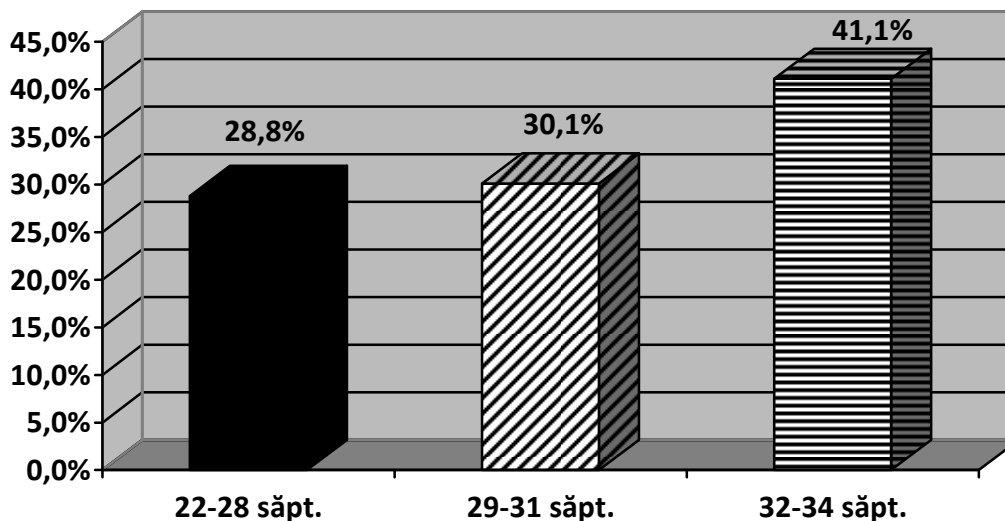


Fig.1. Distribuția cazurilor conform termenului de gestație

Evoluția sarcinii actuale s-a complicat cu: iminență de întrerupere – 28 (8,5%), cu stări hipertensive – 40 (12,2%), dintre care (HIS – 2,2%, sindrom HELLP – 1,9%, preeclampsie – 7,2%, eclampsie – 0,9%). Infecția intrauterină a fost stabilită la 27 (8,2%) gravide.

Patologia asociată sarcinii a fost repartizată în modul următor: patologie respiratorie – 8 (2,4%) cazuri, a sistemului cardiovascular – 26 (7,8%), renală – 24 (7,3%), a sistemului genital (miom uterin, chisturi ovariene etc) – 30 (9,1%). Anemia feriprivă a fost stabilită la 16 (4,7%) paciente.

De menționat că 134 (40,8%) paciente cu naștere prematură au fost internate de la domiciliu, 181 (55,3%) – din secția de patologie a sarcinii și 13 (3,9%) gravide – din secția de reanimare și terapie intensivă. Așadar, la fiecare a doua femeie au fost neglijate semnele de iminență a nașterii premature, acestea fiind internate direct în sala de naștere fără a li se aplica glucocorticoidoterapia, iar la celelalte s-au efectuat tentative de prelungire a sarcinii prin aplica-

rea tratamentului tocolitic. Astfel, doza deplină de Dexametazon (24 mg) a fost administrată la 171 (52,3%) paciente, parțială – la 37 (11,4%), iar la 120 (36,3%) paciente nu s-a efectuat profilaxia SDR.

La repartizarea cazurilor conform prezentației intrauterine a fătului s-a stabilit că în 59 (18%) cazuri feții erau în prezentație pelvină, transversă – 15 (4,6%) și în 1 (0,3%) caz – în poziție instabilă a fătului. Frecvența înaltă a pozițiilor vicioase ale fătului în cavitatea uterină este caracteristică pentru nașterile premature.

În dependență de modalitatea de realizare a nașterii, cazurile s-au repartizat în modul următor: per vias naturalis au născut 221 (67,4%) femei, prin operație cezariană - 107 (32,6%) paciente cu naștere prematură, dintre care 19 (4,7%) – programate, 88 (28,3%) – urgente.

Repartizarea cazurilor în conformitate cu modalitatea de finalizare a sarcinii și termene este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Repartizarea cazurilor de naștere prematură incluse în studiu în conformitate cu modalitatea de finalizare a sarcinii

	PVN (221 cazuri)	OC urgentă (88 cazuri)	OC de plan (19 cazuri)
22-28 săpt (92 paciente)	72 (21,6%)	18 (20,5%)	-
29-31 săpt (96 paciente)	72 (32,6%)	24 (27,2%)	6 (31,6%)
32-34 săpt (131 paciente)	77 (34,8%)	46 (52,3%)	13 (68,4%)

Masa nou-născuților la naștere a fost repartizată în modul următor: 500-699 g – 31 (9,5%), 700-899 g – 25 (7,6%), 900-1000 g – 29 (8,9%), 1001-1500 g – 80 (24,4%), 1501-2000 g – 123 (37,6%) și peste 2000 g – 39 (12%) nou-născuți. Astfel, cu masă extrem de joasă (500-1000 g) s-au născut 85 (26%) copii, cu masă joasă (1000-2000g) – 204 (61,8%).

Vii s-au născut 287 copii (87,5%), mortinatalitatea constituind 41 (125‰) copii, dintre care 39 – antenatal și 2 – intranatal.

Un aspect controversat până la moment este oportunitatea efectuării operației cezariene în nașterea prematură și efectul ei asupra indicatorilor perinatali la această categorie de parturiente.

Starea nou-născuților vii a fost apreciată conform scorului Apgar în modul următor: 1-3 puncte – 27 (8,2%) copii, 4-6 puncte – 260 (79,3%).

În funcție de gen, 192 (58,5%) nou-născuți erau de sex masculin, fetițe fiind 136 (41,5%). Aceste date sunt în corelație cu datele literaturii de specialitate din care rezultă că în pierderile perinatale în general și în nașterile premature, în particular, prevalează feții de sex masculin [6].

Rezultatele studiului nostru au demonstrat un nivel înalt al mortalității perinatale, care a constituit 112 cazuri (341,5‰), o pondere considerabilă (41 cazuri - 125‰) revenind mortalității antenatale, mortalitatea neonatală precoce fiind responsabilă de 64 cazuri, cea

tardivă – de 7 cazuri. Astfel, după naștere au decedat 71 nou-născuți, ceea ce a constituit 216,5‰. Repartizarea cazurilor de mortalitate perinatală în raport cu termenul de gestație și modalitatea de finalizare a nașterii este prezentată în tabelul 2.

Astfel, din tabel reiese că rata operației cezariene este înaltă, ponderea maximă revine operației cezariene de urgență, indicațiile fiind de urgență majoră (decolare prematură de placenta normal inserată, preeclampsie/eclampsie, prezentația transversă a fătului, corioamnionită). Anume aceste momente și explică nivelul sporit al mortalității perinatale în acest grup de paciente. Operația cezariana este o metodă mai protectivă pentru fătul prematur, efectuarea ei fiind privită și prin prisma termenului de gestație. Până la termenul de 28 săpt. aceasta trebuie efectuată doar la indicații ce țin de starea mamei, șansele de supraviețuire ale fătului fiind practic egale indiferent de metoda de finalizare a sarcinii.

Reieșind din cele expuse mai sus, putem concluziona că:

1. Progresul tehnico-științific în domeniul medicinei, inclusiv al obstetricii, permite astăzi să reveдем unele postulate ale obstetricii clasice, printre care și conduita sarcinii și nașterii premature, în special în caz de RPMP.

2. Nașterile extrem de premature (între 22 și 28 săptămâni) dețin o pondere considerabilă (28,8%) în

Mortalitatea perinatală în nașterile premature în funcție de modalitatea nașterii și termenele de gestație

	PVN (n=221)	OC de plan (n=19)	OC urgentă (n=88)	Total mortalitate perinatală
22-28 săpt (92 paciente)	45 (489,1‰)	1 (10,9‰)	10 (108,7‰)	56 (608,7‰)
<i>Antenatal</i>	10	-	3	
<i>Intranatal</i>	2	-	-	
<i>Neonatal</i>	33	1	7	
29-31 săpt (96 paciente)	19 (197,9‰)	2 (20,8‰)	4 (41,6‰)	25 (260,4‰)
<i>Antenatal</i>	9	-	-	
<i>Intranatal</i>	-	-	-	
<i>Neonatal</i>	10	2	4	
32-34 săpt (131 paciente)	13 (99,32‰)	1 (7,6‰)	11 (83,9‰)	25 (190,8‰)
<i>Antenatal</i>	5	-	-	
<i>Intranatal</i>	-	-	-	
<i>Neonatal</i>	8	1	11	
	77 (348,2‰)	4 (210,1‰)	25 (284,1‰)	106 (323,2‰)

structura nașterilor premature (până la 34 săpt.), fapt ce determină un nivel înalt al mortalității perinatale printre prematuri (323,2‰).

3. Rezultatele studiului au evidențiat lipsa unei tactici unificate de conduită a nașterilor premature (internarea precoce în staționar a femeilor cu iminență de naștere prematură, lipsa sau insuficiența tratamentului cu glucocorticoizi), conduita travaliului prematur.

4. Operația cezariană efectuată la termenele de 29-31 săptămâni este mai indicată pentru făt, comparativ cu nașterea pe cale naturală, rezultatele perinatale fiind mai favorabile. Chiar fiind efectuată în majoritatea cazurilor după indicații urgente (decolarea prematură de placentă normal inserată, semne de suferință intrauterină a fătului, preeclampsie/eclampsie), mortalitatea perinatală a fost mai joasă (271,0‰) comparativ cu nașterea pe cale vaginală (348,2‰).

Bibliografie

1. Anotayanonth S., Subhedhar N.V., Neiloson I.P et al., *Betamimetics for inhibiting preterm labour*. Cochrane Database Syst. Rev., 2004, p.4

2. Barrett J.M., Boehm F.M., Vaughn W.K., *The effect of type of delivery on perinatal outcome in single-tone infants of birth weight of 1000g or less*. J.A.M.A., 1993; 250: 625-631.

3. Grisaru-Granovsky S. et al., *Cesarean section is not protective against adverse neurological outcome in survivors of preterm delivery due to overt horioamnionitis*. J Matern Fetal Neonatal Med., 2003; May; 13 (5):323-7.

4. Krupa F.G., Faltin D., Cecatti J., *Predictors of pre-term birth*. Int. J. Gynaecol.Obstet. 2006; 94: 5-11

5. Leiman et al. *PPROM is there an optimal gestational age of delivery?* Obstet gynecol., 2005; 105: 112-17

6. Melamed N. et al., *Fetal gender and pregnancy outcome*. J. Matern.Fetal Neonatal Med., 2010; 23 (4): 338-344

7. Romero R., Espinoza J., Kusanovici J. et al., *The preterm parturition syndrome*. Br.J.Obstet.Gynaecol., 2006; 113: 17-42

8. Simhan H. and al., *PPROM diagnosis evaluation and management strategies*. Br J Obstetrics and Gynecology, 2005; 112 (suppl): 32-37

9. Slattery M.M., Morrison J.J., *Preterm delivery*. Lancet, 2002; 360: 1489-1497