

10. Kinsella K., Phillips R.D., Global Aging: The Challenge of Success, Population Bulletin, vol. 60, 2005.
11. Paladi Gh., Matei C., Gagauy O., Caunenco I., Transformări demografice, viața familială și sănătatea populației. Chișinău, 2007.
12. Paladi Gh., Tintiuc D., Penina O., Procesul de îmbătrânire demografică a populației Republicii Moldova , Buletinul AȘM, Științe Medicale., 2007.
13. Găgăuz O., Aspecte socio-demografice ale nașterilor extraconjugale, în materialele conferinței practico-științifice., SCM nr 1, Chișinău, 2001, p 38-43.
14. Găgăuz O., Problemele persoanelor vârstnice în societatea tranzitivă, Revista „Economie și Sociologie”, 2007, p 138 - 147
15. Gîlcă B., Femeile după 60 ani: aspecte demografice, sociale și medicale, Autoreferat la teza de doctor în medicină, 2006.
16. Matei C., Matei A., Particularitățile actuale ale evoluției populației în Republica Moldova. Materialele simpozionului internațional “Probleme demografice ale populației în contextul integrării europene”, 2004, Chișinău, p 10-15.
17. Matei C., Probleme metodologice ale prognozei demografice, Chișinău, 2002.
18. Maier H., Klumb P.L., Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context ? European Journal of Ageing, vol 2, 2005.
19. Mihălescu I., Sociologie Generală, Editura Polirom, Iași, 2003.
20. Rotaru T., Demografia și sociologia populației, Fenomene demografice, București, 2003.
21. Kleigel M., Zimprich D., Predictors of cognitive complaints in older adults: a mixture regression approach, European Journal of Ageing, vol 2, 2005.
22. Stenzelius K., Westergren A., Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help, Journal “Archives of Gerontology and Geriatrics”, Nr 40, 2005.
23. Вандескрик К., Демографический анализ, Москва, 2005.
24. Вишнеvский А. Г., Население России 2003-2004, Москва., “Наука”., 2006.

ASPECTE OBSTETRICALE ALE MORTALITĂȚII PERINATALE LA COPIII NĂSCUȚI CU MASA SUB 1000 G

Gh.Paladi, U.Tabuica, Iu.Dondiuc, A. Bogdan
Catedra Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat)

Summary

Obstetrical aspects of perinatal mortality in 1000 g and less birth weight children

The prematurity continues to maintain a high level of perinatal mortality and morbidity in Republic of Moldova, especially after including of 500 g and 1000 g weigh birth newborns in perinatal indicators. The aim of this study was to evaluate the obstetrical aspects of perinatal morbidity in these children.

In this study an insufficient antenatal management of pregnant women with premature child was determinate, especially in complicated obstetrical anamnesis (spontaneous abortions, premature births). The high rate of neonatal precece mortality (714‰) in extremely low birth weight children was appreciated in first 48 hours of live.

The most important risk factor of neonatal mortality is birth weight, every day of life enlarging the premature survival.

Rezumat

Prematuritatea continuă să mențină un nivel înalt al mortalității și morbidității perinatale în Republica Moldova, în special după includerea născuților cu masa între 500 și 1000 g în

indicatorii perinatali. Scopul acestui studiu a fost evaluarea aspectelor obstetricale ale mortalității perinatale la copiii născuți cu masa între 500 și 999 g.

În cadrul studiului s-a observat o conduită antenatală insuficientă a gravidelor care au născut prematur, în special a celor cu anamneză obstetricală agravată prin pierderi reproductive anterioare (avorturi spontane, nașteri premature). Vom remarca nivelul net major al mortalității neonatale precoce (714‰) printre nou-născuții cu masa extrem de mică la naștere, majoritatea cazurilor de deces fiind înregistrate în primele 48 ore de viață. Drept urmare, cel mai important factor de risc al mortalității neonatale îl putem considera masa la naștere, fiecare zi de viață intrauterină măbind șansele prematurului la supraviețuire.

Actualitate

Actualitatea persistentă a problemei prematurității este determinată de consecințele acesteia asupra nivelului morbidității și mortalității perinatale. Datorită multiplelor riscuri pe care le comportă, prematuritatea influențează mult dinamica indicatorilor demografici, ocupând al doilea loc printre cauzele majore ale mortalității neonatale. Astfel, conform datelor literaturii de specialitate, nașterea prematură este responsabilă de aproximativ 50% din mortalitatea perinatală, 70-80% din mortalitatea neonatală precoce și peste 1/3 din mortalitatea infantilă. În pofida progresului tehnico-științific din obstetrică și perinatologie, nivelul prematurității nu a scăzut pe parcursul ultimelor decenii, fiind în medie de 10%, variind în diferite țări și regiuni ale lumii de la 2,5 la 30%. Astfel, în unele țări industrial dezvoltate (țările scandinave, Noua Zeelandă) indicii sunt foarte joși – 2-5%, în altele (SUA, Marea Britanie, Franța, Belgia ș.a.) incidența nașterii premature variază între 6 și 10%, iar în țările subdezvoltate (de ex. India) atinge 30%. Conform unor date recente, circa 1,5% nașteri survin înainte de 32 săptămâni, 0,5% - până la 28 săptămâni, anume acestor categorii de copii prematuri revenindu-le cota majoră a pierderilor perinatale. Începând cu anul 2008 în statistica perinatală a Republicii Moldova au fost incluși prematurii născuți cu masa cuprinsă între 500 și 999g, deci cei născuți până la termenul gestațional de 28 săptămâni, fapt ce a dus la mărirea indicelui mortalității perinatale generale. Riscurile sporite ale mortalității printre prematurii născuți cu masă foarte mică sunt binecunoscute, la fel ca și costurile considerabile ale îngrijirii lor.

Scopul studiului a fost evaluarea aspectelor obstetricale ale mortalității perinatale la copiii născuți cu masa între 500 și 999 g.

Materiale și metode

În studiu au fost incluse 39 cazuri de nașteri premature la termene sub 28 săptămâni, dintre care 2 – cu duplex, așadar fiind născuți 41 copii cu masa între 500 și 999 g, care au fost internate la naștere în secțiile obstetricale ale IMSP SCM-1 în anul 2008.

Au fost analizate fișele obstetricale și ale nou-născuților cu evaluarea datelor generale (vârsta, paritatea, statutul social, profesia), datelor anamnesticului obstetrical-ginecologic, particularităților evoluției sarcinii și nașterii actuale și rezultatelor perinatale.

Rezultate și discuții

Repartizarea cazurilor conform vârstei mamei a evidențiat că 13 (33,33%) femei aveau între 19 și 24 ani, 11 (28,21%) – între 25 și 29 ani, 8 (20,52%) paciente – între 30 și 34 ani, 6 (15,38%) aveau peste 35 ani și doar 1 (2,56%) – era mai tânără de 18 ani.

Evaluarea ocupației profesionale a femeilor incluse în studiu a denotat că majoritatea femeilor (29 sau 74,35%) nu erau angajate în câmpul muncii, 7 (17,94%) erau intelectuale (contabile, studii pedagogice, cercetător științific etc.), restul 3 (7,71%) femei – aveau lucru fizic.

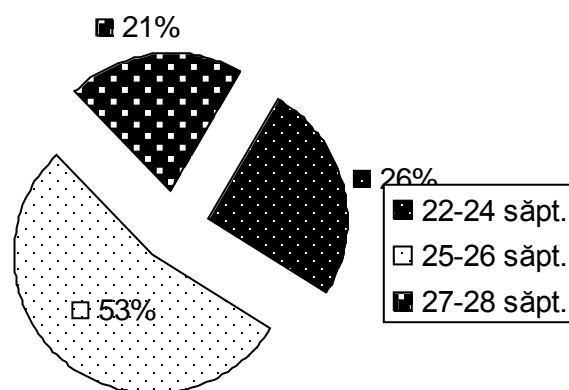
Pimipare erau 2/3 din femei (24 sau 61,53%), fiecare a doua având în anamneză cel puțin o sarcină. Multipare erau 15 (38,46%) femei. De menționat că 11 gravide (28,2%) au avut cel puțin 1 naștere prematură sau 1 avort spontan tardiv în anamneză. Acest factor indică necesitatea

investigării mai minuțioase și unei reabilitări mai adecvate a funcției reproductive la femeile care au suportat o întrerupere spontană a sarcinii în termene avansate.

Căsătorite erau 29 (74,35%) paciente, necăsătorite sau celibatate – 10 (25,64%) femei.

De menționat că 8 (20,5%) femei nu s-au aflat la evidență la sectorul primar, iar 9 din cele care s-au aflat sub supravegherea medicilor de familie s-au adresat la medic tardiv, după 12 săptămâni de gestație, ceea ce denotă lacune vădite în conduita antenatală a acestor gravide care, posibil, au cauzat nașterea prematură.

Repartizarea cazurilor conform vârstei gestaționale când a survenit nașterea a relevat următorul tablou (fig. 1)



Figural. Repartizarea cazurilor incluse în studiu conform termenului de gestație

Conduita nașterii premature prezentând controverse până în prezent, în special modalitatea optimă de realizare a ei (per vias naturalis sau operație cezariană), am considerat importantă aprecierea prezentației fătului. Astfel, am stabilit că incidența prezentației pelviene a fătului este de câteva ori mai mare în caz de naștere prematură, comparativ cu populația (circa 3%), constituind în studiul nostru 24,4% (10 cazuri).

Rata operației cezariene în cadrul studiului nostru a fost de 10,25%, sau 4 cazuri din 39, indicațiile fiind cele de urgență majoră: în 2 cazuri – preeclampsie severă, 1 caz – decolarea prematură a placentei normal inserate și 1 caz de uter cicatriceal. În urma operației cezariene a rezultat nașterea a 4 feți cu masa cuprinsă între 750 și 990 g, 2 fiind născuți morți, iar 2 – vii (cu masa 990 și 850 g), care apoi au fost externați la domiciliu peste 63 zile.

Ruperea prematură a pungii amniotice este unul din cele mai caracteristice debuturi ale unei nașteri premature. În cadrul studiului nostru ea a fost înregistrată în 30 (76,9%) cazuri, durata perioadei alichidiene variind între 37 și 110 ore, mai frecventă fiind de 42-72 ore.

Dar, fiind cunoscut faptul că unul din cele mai importante elemente ale tacticii de conduită a nașterii este starea intrauterină a fătului, am repartizat cazurile conform acestui criteriu și am stabilit că în 20 cazuri (48,78%) a fost diagnosticată moartea antenatală a fătului, în 21 cazuri născându-se feți vii. Anume în acest grup și vom analiza tactica de conduită a nașterii și rolul ei asupra rezultatelor perinatale.

Așadar, per vias naturalis au fost realizate 19 nașteri, prin operație cezariană – 2, indicațiile, după cum am menționat anterior, au fost cele de urgență (preeclampsie severă). Masa feților născuți vii a variat între 500 și 990g, constituind în medie 776,3 g.

Luând în considerare acel fapt că masa fătului la naștere este una din cele mai importante condiții de supraviețuire a fătului cu masă extrem de mică, am analizat rezultatele neonatale în raport de acest criteriu.

În cadrul studiului nostru au fost înregistrate 15 cazuri de mortalitate neonatală precoce (714,3‰) printre nou-născuții cu masa sub 1000 g, la domiciliu fiind externați doar 6 copii din cei 21 născuți vii, rata celor care au supraviețuit constituind 28,57%.

Analizând masa feților în funcție de rezultatele neonatale, am constatat că masa nou-născuților care au supraviețuit a constituit în medie 925,6 g, deci în toate cazurile a depășit 850 g, a celor decedați – 716,6 g, fiind cuprinsă între 550 și 920 g, majoritatea având masa sub 800 g la naștere.

Concluzii

1. Progresul tehnico-științific din obstetrică, deși nu a reușit să reducă incidența prematurității, a contribuit la o ameliorare considerabilă a indicilor mortalității și morbidității printre prematuri.
2. În cadrul studiului s-a observat o conduită antenatală insuficientă a gravidelor care au născut prematur, în special a celor cu anamneză obstetricală agravată prin pierderi reproductive anterioare (avorturi spontane, nașteri premature).
3. Rezultatele studiului au evidențiat o pondere înaltă a mortalității antenatale (49,7%) care, de fapt, este similară cu același indice în nașterile la termen.
4. Atrage atenția nivelul net major al mortalității neonatale precoce (714‰) printre nou-născuții cu masa extrem de mică la naștere, majoritatea cazurilor fiind înregistrate în primele 48 ore de viață.
5. Cel mai important factor de risc al mortalității neonatale îl putem considera masa la naștere, fiecare zi de viață intrauterină mărinș șansele prematurului la supraviețuire.

Bibliografie

1. Baud O., Zupan V., Lacaze-Masmonteil T., Audibert F., Shojaei T., Thebaud B., Ville Y. The relationships between antenatal management, the cause of delivery and neonatal outcome in a large cohort of very preterm singleton infants. Br.J.Obstet.Gynecol., 2000, 107: 877-884
2. Bibby E., Stewart A. The epidemiology of preterm birth. Neuro.Endocrinol.Lett., 2004, 25: 43-47
3. Crowley p. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. Database of systematic reviews. The Cochrane Library, issue 1, 2001
4. Drife J., Magowan B. Clinical obstetrics and gynecology. Saunders, pp. 291-471, 2004
5. Krymko H., Bashiri A., Smolin A., Scheiner E., Bar-David J. Et al. Risk factors for recurrent preterm delivery. Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol., 2004, 113 (2): 160-163
6. Maupin R. Lyman R., Fatsis J et al. Characteristics of women who deliver with no prenatal care. J. Matern.Fetal.Neonatal.Med., 2004, 16 (1): 45-50
7. Supliment la Ghidul C Național de Perinatologie. Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și neonatologie (destinat medicilor obstetricieni, neonatologi și medicilor de familie). Vol. 3, Chișinău, 2007

FOLOSIREA AMNIOINFUZIEI TRANSABDOMINALE ÎN CAZ DE RUPERE PREMATURĂ A MEMBRANELOR PRETERMEN

Gheorghe Paladi, Liudmila Stavinskaia, Uliana Tabuica

Catedra Obstetrică-Ginecologie (rezidențiat)

Summary

Transabdominal amnioinfusion for the management of premature rupture of membranes

Premature rupture of membranes between 22-34 weeks is associated with high level of neonatal mortality and morbidity. During 2005 year in obstetrical-gynecological hospital clinic of Chisinau were performed a series of transabdominal amnioinfusions in 9 women with PROM (gestational ages: two patients – 22 weeks, the others – 29-30 weeks). In the amniotic cavity was