

Indicatorii perinatali

1.	Mortinatalitatea în nașterile multiple	28,18‰
2.	Mortalitatea <i>neonatală precoce</i> în nașteri multiple	20,3‰
3.	Mortalitatea perinatală în nașterile multiple	47,35‰
4.	Mortalitatea perinatală în raport cu modalitatea nașterii - după operația cezariană - după nașterea naturală	33,17‰ 60,2‰
5.	Mortalitatea perinatală în raport cu termenul de gestație - la termen - premature	13,1‰ 83,9‰

Concluzii

Frecvența înaltă a complicațiilor evoluției sarcinii și nașterii la pacientele cu duplex, necesitatea sporită în diverse operații și intervenții, la fel și indicii perinatologici nefavorabili la pacientele cu duplex impun necesitatea unei atitudini mai atente în conduita pacientelor din acest contingent și permit atribuirea gemelității către factorii de risc major pentru morbiditatea și mortalitatea maternă și perinatală.

Complicațiile frecvente ale evoluției sarcinii, în special, a prematurității, impune necesitatea eliberarea concediului prenatal la femeile cu duplex începând cu 25 săptămâni gestaționale, ce va permite, implicit, prevenirea nașterii premature.

Indicii perinatali mai favorabili după operația cezariană permit concluzionarea, că este necesară lăgirea indicațiilor pentru efectuarea operațiilor cezariene.

Extragerea fătului doi prin manevre obstetricale e de prefefat având rezultate mai bune decât extragerea lui prin cezariană

Bibliografie

1. Marie M .Clay University of New Zealand – Quadruplets and Higher Multiple Births
2. Bell.D, Johanson D, McLean FH,et al ; Birth asphyxia , trauma and mortality in twins; Has cesarean section improved outcome.
3. Munteanu Ioan. Tratat de Obstetrică .Ediția Academiei Române 2004.
4. Benirschke K: The biology of the twinning process: How placentation influences outcome
5. Cunningham, MacDonald, Gant, et al (eds). Williams Obstetrics, 20 Edition ,1997
6. Hofmeyr GJ,Hannah ME.Planned Caesarean section for term breech delivery
7. Crowther CA, Caesarean delivery for the second twin (Cochrane Review) Oxford
8. Cruickshank DP. Malpresentations and Umbilical Cord Complications In : Danforth' s Obstetrics and Gynecology, Sixth edition.

PIERDERILE REPRODUCTIVE ÎN REPUBLICA MOLDOVA ÎN CONTEXT CU SITUAȚIA DEMOGRAFICĂ ACTUALĂ

P. Roșca, Eudochia Gaidău, V. Fruptu, Tatiana Revencu, Ana Musteață, Liliana Profire
Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Reproductive losses in the Republic of Moldova within the actual demographic context

Reproductive losses and the socio-demographic situation have a great impact on the population reproduction; that is they influence each other and the population reproduction in to

two directions: ameliorative and negative. This article presents a reproductive loss analysis in the Republic of Moldova over the last 15 years (1991 - 2006). There have been examined embryonic and foetus losses (including the ectopic pregnancy); perinate and maternal mortality within the actual demographic context of our republic.

Rezumat

Pierderile reproductive și situația socio-demografică se influențează reciproc cât în direcția de ameliorare, atât și în plan negativ de reproducere a populației. În articolul dat este prezentată analiza pierderilor reproductive din republică pe parcursul ultimilor 15 ani (1991 - 2006). Au fost analizate pierderile embrionare și fetale (inclusiv sarcina ectopică); mortalitatea perinatală și maternă în context cu situația demografică actuală din Republica Moldova.

Evoluția proceselor demografice în Republica Moldova din ultimile decenii este asemănătoare cu schimbările respective, care s-au constatat în Europa de Vest în jumătatea a doua a secolului XX. În prima jumătate a secolului XX, rata medie a natalității pe Terră era destul de înaltă (în limetele 35-40‰), care ulterior s-a redus lent și la începutul secolului XXI a atins nivelul puțin mai sus de 20‰, variind de la 37,2‰ în Africa până la 20,7‰ în Asia și 10,4‰ în Europa.

Reducerea substanțială a ratei natalității este caracteristică pentru toate statele din Europa, dar ritmurile de reducere a ei sunt diferite de la stat la stat. Cea mai mică micșorare a natalității în perioada anilor 1995-2005 s-a înregistrat în Franța (15,3‰), Italia (18,8‰), pe când în țările europene postsovietice acest indice s-a micșorat de la 2 și mai multe ori.

Starea demografică în Republica Moldova este demonstrată prin următorul tabel:

Tabelul 1

Mișcarea naturală a populației în Republica Moldova în anii 1969-2006
(la 1000 populație)

Denumirea indicatorilor	Anii					
	1969	1979	1989	1999	2001	2006
Natalitatea	18,9	20,0	18,9	10,6	10,0	10,5
Mortalitatea generală	7,4	10,0	9,2	11,3	11,0	12,0
Sporul natural	11,5	9,8	9,7	-0,7	-1,0	-1,5

Analiza evoluției natalității ne permite să evidențiem 2 perioade: I- până în anul 1989, când rata natalității era suficientă – 18-20 ‰, cu un spor natural pozitiv – de la 7,4‰ la 10,2‰; și a II perioadă – după anul 1999, cu o natalitate stabilă joasă (10,0-10,6‰) și deja cu un spor natural negativ în progresie, în 1999 (-0,7‰) și în 2006 (-1,5‰), preponderent din contul creșterii mortalității generale a populației (în 2006 – 12,0‰). Evoluția natalității în țară este influențată de mai mulți factori, precum: creșterea ritmului de urbanizare în republică; motivații negative către nașterea copiilor, provocate de scăderea veniturilor bugetare și a nivelului de trai, cât și de dorința de ași finisa studiile, realiza cariera dorită, etc.; migrația activă a populației, preponderent de vârstă fertilă; accesibilitatea liberă la diverse metode de contracepție (utilizarea preponderentă a dispozitivelor intrauterine – cu o durată lungă de acțiune (8-10 ani)); morbiditatea ginecologică răspândită (până la 800 cazuri de maladii la 1000 femei de vârstă fertilă), sterilitatea în cuplu (femenină și masculină), răspândirea tot mai pe larg a maladiilor sexual transmisibile.

Rata totală a natalității (numărul mediu de copii născuți de o femeie pe parcursul vieții sale fertile) s-a stabilit la un nivel critic a reproducerii populației atingând cifra de 1,249 copii în anul 2001 și 1,229 copii în 2006, pe când pentru reproducerea simplă a populației (1:1) este necesar ca acest indicator să nu fie mai mic de 2,312 copii. Acest fapt influențează substanțial genofondul republicii, despre ce și ne vorbește sporul natural negativ instalat în țară din 1999. Aceste fenomene (natalitatea și rata totală a natalității) se vor răsfrânge negativ în perspectiva îndepărtată.

În contextul socio-demografic, un interes deosebit prezintă și problemele de familie și căsătoriile. Nivelul redus al natalității și descreșterea lui continuă, depinde de frecvența căsătoriilor înregistrate și a celor caracterizate ca uniuni libere, de stabilitatea căsătoriei și creșterea divorțurilor. Se constată o tendință clară de diminuare a numărului de căsătorii, îndeosebi raportate la 1000 de femei de vârstă reproductivă de la 23,5 cazuri în 1979 până la 13,4 cazuri în anul 2006 (aproximativ de 2 ori).

Un fenomen nefavorabil care se reflectă asupra natalității și fertilității sunt divorțurile, numărul cărora a crescut de la 23,2% la 100 căsătorii în 1979 până la 46,4 % în anul 2006.

Totodată, scăderea natalității, creșterea numărului divorțurilor, migrației a provocat creșterea numărului familiilor monoparentale, cât și a copiilor născuți în afara căsătoriei (în 2006 – 23,3% cazuri din numărul total de copii născuți vii, adică aproximativ 9000 copii orfani anual sau fiecare al patrulea).

Nivelul natalității este direct determinat de fertilitatea populației. Diminuarea pronunțată a fertilității feminine generale de la 180,6 sarcini la 1000 femei de vârstă fertilă în 1985 până la 49,1 cazuri în 2006 (de 3,7 ori!), este un indicator alarmant pentru perspectiva demografică din țară.

Analiza fertilității specifice (numărul de nou-născuți la 1000 femei de vârstă fertilă în dependență de grupul de vârstă), la fel ne demonstrează o diminuare continuă și stabilă în fiecare grupă în parte, și o fertilitate majoră în grupele de vârstă 20-24 ani și 25-29 ani, alcătuind 86,7% și respectiv 71,6% în anul 2006.

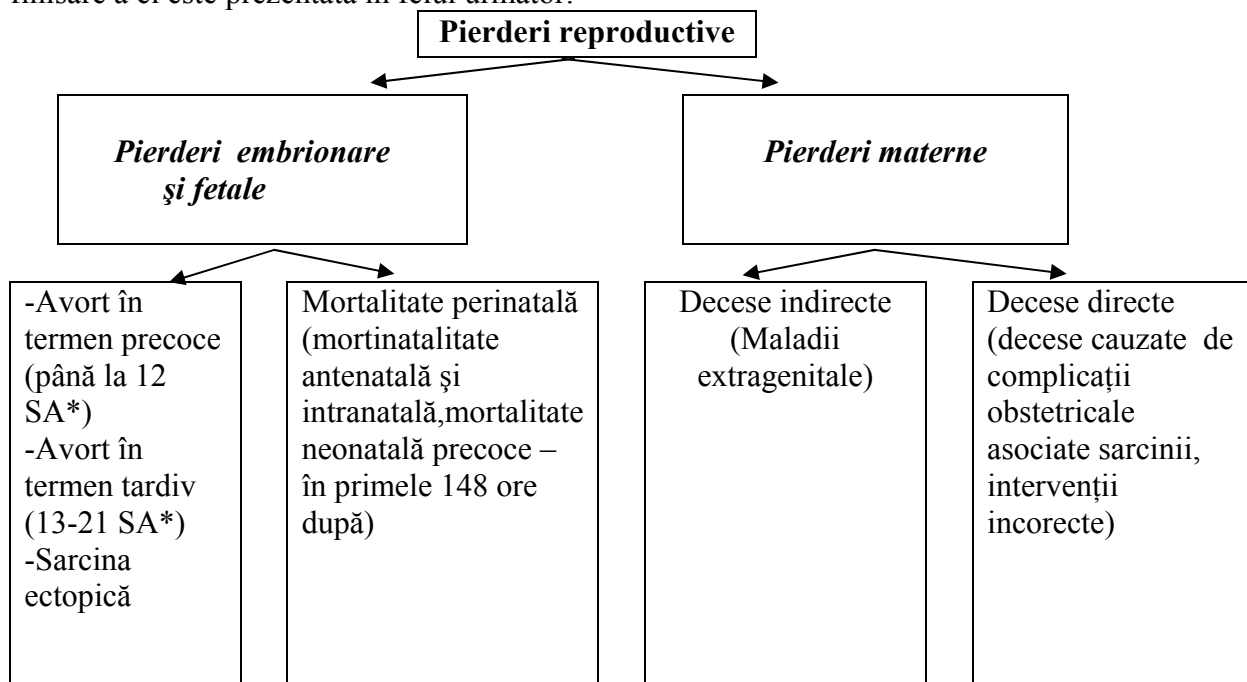
În elaborarea politicii demografice în aspectul natalității este necesar de ținut cont de această particularitate a fertilității și politica demografică necesar să fie axată prioritar spre aceste grupuri de vârstă.

Situația socio-demografică și pierderile reproductive reciproc se influențează cât în direcția de ameliorare, atât și în plan negativ de reproducere a populației.

Analizând aceste momente am considerat binevenit de a prezenta starea situației în Republica Moldova referitor la pierderile reproductive în context cu mișcarea naturală și migratorie și alți indicatori demografici (fertilitate, nupțialitate, divorțuri, rata fertilității etc), indicați anterior.

Pierderile reproductive reprezintă un final fatal pentru mamă și făt ce sunt provocate de influența factorilor nocivi, sociali, biologici, fizici și medicali.

Clasificarea pierderilor reproductive în dependență de vârsta sarcinii și modalitatea de finisare a ei este prezentată în felul următor:



*SA- săptămâni de amenoree

Pierderile reproductive totale pe parcursul celor 15 ani, raportate la 100.000 femei de vârstă fertilă constituie 65.416 cazuri (ceea ce reprezintă anual aproximativ 4.361 cazuri).

Cea mai mare cotă parte în totalul pierderilor reproductive îi revine avorturilor – 94,60%, apoi sarcinilor extrauterine – 2,94%, pierderile fetale (de la 22 SA) – 2,4% , și pe ultimul loc – decesele materne (dar cele mai tragice) – 0,04%. Este semnificativ și faptul că din numărul total de avorturi în această perioadă 80,4% revin avorturilor la cerere, 15,0% - spontane, în 2,9% - după indicații medicale, 1,6%, - neidentificate și 0,1% - clandestine. Cota marcantă a avorturilor în pierderile reproductive justifică planificarea rațională a familiei, ce ar contribui substanțial la sănătatea reproductivă.

Sarcina ectopică este un indicator a stării nefavorabile a funcției reproductive a femeiei, ca urmare a celor avorturi efectuate în antecedente, maladii inflamatorii ale organelor genitale interne, a dereglărilor funcției menstruale, etc., ce necesită o evidență strictă a acestor femei și asanarea lor tempestivă (preconcepțional).

O altă grupă de pierderi reproductive o constituie mortalitatea perinatală.

În ultimele decenii mortalitatea perinatală pe Terră și îndeosebi în țările dezvoltate a avut o tendință lentă de micșorare, datorită implimentării serviciului de perinatologie, folosirea noilor tehnologii în obstetrică și neonatologie (în Europa în anul 2000 – mortalitatea perinatală - 13‰; America de Nord - 7‰; în țările scandinave și Japonia 2-6‰).

Pe fondalul scăderii natalității și fertilității, sănătății reproductive încă precară și situației socio-economice insuficientă, în țară totuși, mortalitatea perinatală, are o tendință de micșorare lentă, dar rămâne de aproximativ 2 ori mai mare comparativ cu țările europene sus indicate, constituind în ultimii 5 ani – 10,8 cazuri de decese la 1000 nou-născuți vii.

Ca și în anii precedenși rămâne decalajul sporit între nivelurile mortalității perinatale între prematuri și maturi, fiind, respectiv 110,2‰ și 5,7‰ sau de 19 ori mai mare și prezintă o rezervă de ameliorare a acestui indicator.

În structura mortalității neonatale precoce a nou-născuților cu masa corpului de 500-999g în ultimii 5 ani predomină sindromul de detresă respiratorie – 31,8 %; ulterior hipoxia și asfexia – 26,9%; infecțiile congenitale și a perioadei neonatale – 26,6%; malformații congenitale – 8,0%; traumatismul obstetrical – 5,4%; și alte cauze – 1,3%.

Rezultatele relatate referitor la pierderile fetale și neonatale în grupul de întrerupere a gravidității la termenul de 22-27 SA ne demonstrează o situație nefavorabilă din ce motive se impune un studiu științifico-practic al acestei probleme în republică în scop de ameliorare a funcției reproductive. Rezervele principale în acest aspect, ar fi diminuarea frecvenței întreruperii sarcinii în acești termeni, cât și ameliorarea îngrijirii nou-născuților cu masa extrem de mică pentru supraviețuirea lor, ce și se realizează în ultimii ani.

Structura mortalității perinatale în dependență de timpul decesului se prezintă în următorul tabel:

Tabelul 2

Structura mortalității perinatale (de la 28 SA și mai mult) în RM în anii 1991-2006 în funcție de timpul decesului (numărul de decese la 1000 nou-născuți vii și morți)

Denumirea indicatorilor	1991-1995		1996-2000		2002-2006	
	‰	%	‰	%	‰	%
Mortalitatea perinatală	15,3	100,0	13,5	100,0	10,8	100,0
Mortalitatea neonatală precoce	8,2	53,6	6,6	48,8	4,7	44,0
Mortinatalitatea	7,2	46,4	7,0	51,2	6,2	56,0
Mortinatalitatea antenatală	3,9	54,5*	4,3	61,8*	4,4	70,9*
Mortinatalitatea intranatală	3,2	45,5*	2,7	38,2*	1,8	29,1*

*- % din numărul născuți și morți ante- și intranatală

Datele prezentate ne permit constatarea diminuării stabile și exprimate a moratalității nou-născuților vii în primele 148 ore, de la 8,2 cazuri în aa 1991-1995, până la 4,7‰ în ultimii cinci (1,7 ori).

Totodată mortinatalitatea practic rămâne stabilă (7,2 și 6,2‰), însă remarcăm faptul creșterii intense a ponderii mortinatalității antenatale de la 54,5% în 1991-1995 până la 70,9% în ultimii 5 ani. Acest fenomen în mortinatalitate necesită o atenție deosebită a sectorului primar de asistență medicală (medicii de familie) în plan de ameliorare a supravegherii antenatale a gravidelor și luarea măsurilor necesare de tratament.

Expertiza cazurilor de deces matern are drept scop depistarea cauzelor și modalitățile de evitare a rezultatelor fatale. Decesele materne, am dori de a le interpreta ca fenomene rare, multe dintre femei cu maladii severe care se declanșează în sarcină, naștere și lăuzie supraviețuiesc, însă altele spre regret, decedează. Mortalitatea maternă, fiind puternic influențată de factorii economici, sociali, ecologici, de nivelul culturii generale al societății conform estimărilor OMS s-a constatat a fi: total în lume 400-430 decese la 100 000 nou-născuți vii; În regiunile slab dezvoltate economic 480-1000; în țările în curs de dezvoltare 25-32; în țările înalt dezvoltate 7-14.

În scopul evaluării tendinței mortalității materne în RM s-a efectuat un studiu al problemei vizate, care include perioadele aa 1990-1994, aa 1995-1999 și aa 2003-2007.

Studierea deceselor materne, determinarea problemelor și soluționarea lor este o modalitate directă și eficientă de ameliorare a calității serviciilor medicale prestate tuturor gravidelor. Decesul matern este o catastrofă atât medicală cât și socială. Consecințele pierderilor reproductive influențează întreg sistemul de sănătate și demografic din republică.

Pentru estimarea mortalității materne este necesară informația cât mai amplă despre fiecare caz în parte: Unde a avut loc decesul; Detalii referitoare la deces (ex. Adresarea și spitalizarea tardivă, refuz de asistență medicală); Asistență antenatală; Informația cu privire la procesul de naștere, perioada puerperală; Intervențiile utilizate; Rezultatele necropsiei; Alte circumstanțe care au existat în momentul decesului (probleme legate de transport, telefonie, etc.).

Analiza cazurilor de deces matern conform documentației medicale (anchete de evaluare a cazurilor), rapoartelor statistice pe perioada anilor 1990-2007 e elucidată în următorul tabel:

Tabelul 3

Coeficientul mortalității materne și structura lui cauzală în R. Moldova pe anii 1990-2007

(numărul de cazuri de deces matern absolut și în coraport la 100 000 nou-născuți vii)

Cauzele de deces matern	Anii							
	1990-1994		1995-1999		2003-2007		total	
	Abs.	%00000	Abs.	%00000	Abs.	%00000	Abs.	%00000
I RISC OBSTETRICAL DIRECT								
Hemoragiile obstetricale	40	11,4	21	8,3	7	3,8	68	8,6
Maladii puerperal septice	50	14,4	24	9,5	9	4,8	83	10,5
Eclampsie	13	3,7	7	2,8	3	1,6	23	2,9
Embolie amniotică	12	3,4	9	3,5	3	1,6	24	3,0
Total:	115		61		22		198	
II RISC OBSTETRICAL INDIRECT								
Trombembolia a.pulmonare	6	1,7	6	2,4	3	1,6	15	1,9
Maladii extragenitale	37	9,1	28	9,8	10	5,4	75	9,5
Complicații anesteziologice	1	1,7	1	1,7	1	0,6	3	0,4
Total:	44		35		14		93	
TOTAL:	159	45,4	96	38,0	36	19,4	291	36,8

După cum este relatat în tabel, studiul cuprinde analiza a 291 cazuri din diferite raioane și instituții medicale din republică. Coeficientul mortalității materne constituie în mediu 36,8 la

100 000 nou-născuți vii pe întreaga perioadă, diminuând de la 45,4 (1990) până la 19,4 (aa 2003-2007), fapt care indică ameliorarea asistenței medicale gravidelor și parturientelor (în a. 2007 CMM este de 16,0 la 100 000 nou-născuți vii).

Nivelul mortalității materne a evoluat de la 3,6 la 100 000 femei de vârstă reproductivă (a. 1990) până la 0,6 (a. 2007), fiind în descreștere continuă și cauzat de micșorarea mortalității materne, a numărului de femei de vârstă reproductivă în urma migrației și alte cauze elucidate anterior.

Compararea acestor două structuri a stabilit că în R. Moldova în aa.2003-2007 primele trei locuri revin: Patologia extragenitală (27,9‰); Maladiile puerperale septice (25,0‰); Hemoragiile obstetricale (19,4‰). Pe când structura mortalității materne mondiale diferă și primele trei locuri revin: Hemoragiilor obstetricale – 25% ; Hipertensiunii induse de sarcină – 20%; Complicații septice – 14%.

Ponderea cauzelor directe de deces matern în R. Moldova în aa 2003-2007 constituie 68,0%, iar a celor indirecte – 32,0%, acești indicatori în structura mortalității materne mondiale constituie 73,0% și respectiv – 27,0%. O astfel de repartizare a cauzelor directe și indirecte în Moldova ne indică rezerve substanțiale în diminuarea mortalității materne, deoarece conform concluziei experților OMS primele 3 cauze majore de deces matern constatate în țară se interpretează ca evitabile și condiționat evitabile.

Pe parcursul anilor 2003-2007 s-a stabilit un CMM egal (1,6 la 100 000 nou-născuți vii), a cazurilor de deces provocate de embolia amniotică, eclampsie și tromboembolia a. pulmonare și ocupă în structura mortalității materne câte 8,3%. Merită o atenție deosebită și cele 24 cazuri de deces matern provocate de embolie amniotică, cât și cele 15 cazuri de tromboembolie pulmonară dintre care 5 cazuri au avut loc la domiciliu, după externare din secțiile de maternitate.

În descreștere continuă sunt cazurile de deces provocate de hemoragiile obstetricale, de la 11,4‰ până la 3,8‰, fapt ce se explică prin conduita mai rațională a nașterilor, micșorarea numărului de sarcini extrauterine și rupturi uterine.

Gestozele tardive au prezentat și vor prezenta o problemă actuală în obstetrica contemporană prin tendința de creștere a frecvenței acestei patologii prin complicațiile ce prezintă pericol pentru viață, caracteristice ei (dezlipirea precoce a placentei normal inserate, sindrimul CID, ictus cerebral, etc.). Pe parcursul perioadei supuse studiului au avut loc 23 cazuri de deces matern cu o diminuare de la 13 cazuri în aa.1990-1994, până la 3 cazuri în aa 2003-2007. Diminuarea substanțială a deceselor materne cauzate de gestoze tardive ne permit de a constata o depistare mai precoce a acestei patologii, utilizarea noilor tehnologii în tratament și în finisarea nașterii (în forme severe – prin operație cezariană).

Paralel cu creșterea morbidității generale a populației (în a.2007 de 1,7 ori față de a.1990) se majorează treptat și rata mortalității materne cauzată de complicațiile și maladiile extragenitale, care în perioada 2003-2007 se plasează pe primul loc, cu un coeficient de 5,4 cazuri la 100 000 nou-născuți vii.

În structura mortalității materne cauzate de patologia extragenitală cota parte majoră revine maladiilor și complicațiilor cardio-vasculare – 24,0%; urmate de afecțiunile hepatice – 17,4%; rupturi de anevrisme – 8,7%; tuberculoză pulmonară 6,5% și altele câte 1-2 cazuri: pneumonie, insuficiență renală, diabet zaharat, leucemie, pancreonecroză, hernie diafragmală, meningoencefalită (43,4%).

O importanță deosebită în diminuarea mortalității materne cauzată de boli extragenitale îi revine consultului preconcepțional cu depistarea și asanarea bolilor depistate, cât și monitorizării stricte cu spitalizări repetate în secțiile de profil pe parcursul sarcinii pentru pregătire prenatală. Ca un moment important în diminuarea acestui indicator este impunerea unei colaborări responsabile între medicii obstetricieni și medicii specialiști în dependență de corelația "sarcină – afecțiune".

În structura deceselor materne rămâne înaltă frecvența maladiilor puerperale septice, ca o cauză directă de deces, cu o pondere de 28,5% din structura mortalității materne și necătând la diminuarea considerabilă a CMM provocat de această patologie (14,4‰ în aa 1990-1994 și

4,8% în anii 2003-2007) ea rămâne o problemă primordială pentru perspectivă deoarece poate fi prevenită și tratată, fiind ca o rezervă în diminuarea mortalității materne. Unul din factorii infecțioși sunt maladiile sexual transmisibile incidența cărora s-a mărit de 1,2 ori în a.2007 față de a.2002 și de 3,1 ori față de a.1990.

O cauză comună pentru toate complicațiile în caz de deces este migrația gravidelor dintr-o instituție medicală în alta și insuficiența consecutivității în supravegherea antenatală. Asistența medicală antenatală prezintă un capitol deosebit de important, deoarece aprecierea factorilor de risc în sarcină și ulterior în naștere sunt asociate direct cu reducerea mortalității materne, evidențiind problemele posibile și modalitățile de soluționare sau evitarea lor. Cauzele de deces prin risc obstetrical direct pe toată perioada, predomină dublu față de decesele prin risc obstetrical indirect. Această corelație reiese din structura causală a mortalității materne, însăși structura poate fi modificată, orientativ după țările europene, prin îmbunătățirea calității asistenței medicale, stării materiale ale familiei, rezolvarea problemelor socio-economice.

Concluzii

1. Reducerea natalității, alături de alte fenomene, precum morbiditatea și mortalitatea maternă și perinatală, creșterea migrației populației preponderent de vârstă tânără au contribuit la pierderea rapidă a genofondului de reproducere.

2. Referitor la pierderile reproductive embrionare și fetale (avorturi, sarcină extrauterină), necătând la diminuarea lor în dinamică, îndeosebi a avorturilor la cerere (mai mult de 6 ori pe perioada studiată), poate fi argumentată prin implimentarea planificării familiale și folosirea pe larg a contraceptivelor, îndeosebi de lungă durată (dispozitive intrauterine), cât și posibil de plenitudinea incompletă a numărului de avorturi efectuate în diverse instituții medicale □ i private. O astfel de situație, incontestabil se va reflecta la sănătatea reproductivă a femeilor în perspectivă.

3. Sarcina ectopică prezintă și pentru viitor o problemă discutabilă atât în plan de prevenire, cât și în plan de diagnostic și curativ. Profilaxia și tratamentul tempestativ al maladiilor sexual-transmisibile, dereglărilor endocrine cât și asigurarea instituțiilor medicale cu echipament medical și de laborator coraspunzător contemporan ar reduce considerabil incidența sarcinilor ectopice și consecințele ei.

4. Analiza cauzelor mortalității atât materne cât și perinatale în R. Moldova demonstrează că o bună parte dintre acestea pot fi evitate și reduse la nivelele înregistrate în țările industriale dezvoltate.

5. Ameliorarea sănătății reproductive a populației, cât și diminuarea pierderilor fetale și materne în sarcină, naștere și lăuzie pot fi obținute prin perfecționarea continuă a formelor organizatorice de asistență medicală obstetricală deja inițiate (planificarea familială, regionalizarea asistenței obstetricale, asigurarea asistenței de urgență, etc.)

6. Desfășurarea analizei cazurilor de deces matern și perinatal conform cerințelor Ministerului Sănătății și utilizarea în perspectivă a auditului cazurilor de proximitate va facilita evidențierea factorilor predisponibili cu aplicarea măsurilor profilactice de emiteră a lor.

Referințe bibliografice

1. Cernetchi O., Paladi Ch. "Sarcina tubară", Chișinău, 1997
2. Leca V. "Infecția puerperală", București, 1997
3. Paladi Gh., Matei C., Gagauz O., Caunenco I., "Transformări demografice, viața familială și sănătatea populației", Chișinău, 2007
4. Манухин И.Б., Рыжков В.В., Федосова Г.Н., "Профилактика репродуктивных потерь", Ставрополь, 1999
5. Фролова О.Г., Пугачева Г.Н., Глинянская С.В., "Новые методы оценки репродуктивных потерь", Вестник акушера-гинеколога, 1964, №2, стр.7-11.
6. Фролова О.Г., "Материнская смертность В Российской Федерации в 1995г.", Акушерство и гинекология, 1997, №6, стр.55-57.