

Bibliografie

1. Burlacu A - *Algoritmul de diagnostic si tactica conduitei gravidelor cu chlamidioza si herpes genital*, În: Buletin de perinatologie. Chişinău, Nr. 2. 2003, 42-47
2. Burlac A - *Valtrexul in pregătirea preconceptionala a pacientelor cu intreruperea habituală a sarcinii*, În : Buletin de perinatologie. Chişinău, Nr. 3 2006, 117-119.
3. Cernescu C - *Medicamente antivirale*, Bucuresti : Editura Universitara "Carol Davila" 2003, 220
4. Fife K H, Corey L - *Herpes simplex virus. In: Holmes KK, ed. Sexually Transmitted Diseases*, 2nd edn, Chap 77. New York: McGraw-Hill, 1990; 941–52
5. Neamtu S D, Badea M- *Complexul Torch. Implicatii in morbiditatea si mortalitatea neo – natală*, Craiova Medicala . 2006, Vol. 8, Supliment 1, 87-90
6. Spânu C, Bârca L, Rusu G - *Optiuni de diagnostic si tratament in infectia herpetică*, Buletinul Academiei de ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe medicale . 2005, Nr. 4, 58-61
7. Spânu C - *Infecţia cu Herpes simplex - particularităţi clinico - epidemiologice, de evolutie, diagnostic, tratament, profilaxie*, Ghid practic, 2006
8. Gavriluic M, Casian M, Spânu C, Floca L, et al. - *Infectarea sistemului nervos central prin virusul Herpes simplex : consideraţii diagnostice şi terapeutice*. Analele ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu”. Chişinău, 2000, 305-310
9. Overall I C - *Herpes simplex virus infection of the fetus and nrwborn*. *Pediatr. Ann.*, 1994, vol. 73, 2:194 – 198

FACTORII DE RISC DE DEZVOLTARE A SARCINII PROLONGATE

Rodica Catrinici, Valentin Friptu, Larisa Catrinici

Catedra Obstetrică şi Ginecologie (şef catedră, prof. univ., d.h.m., V. Friptu)

Summary

Risc factors for development of prolonged pregnancy

This article presents the studies conducted to determine risk factors that contribute to the development of the prolonged pregnancy. The results were obtained in the assessment of the particularities of gynecological, obstetrical, somatic, eredo-collateral anamnesis and present evolution of pregnancy in 374 patients in the study group.

The prolonged pregnancy remains to be a very actual problem in modern obstetrics, with a great scientific and practical interest, determined before all of the unsatisfactory final results, and the knowledge and updating of the risk factors will increase vigilance and monitoring by the specialists of these patients.

Rezumat

Articolul dat reprezintă un studiu efectuat în vederea determinării factorilor de risc ce contribuie la dezvoltarea sarcinii prelungite. Rezultatele au fost obţinute în urma evaluării particularităţilor anamnestică ginecologice, obstetricale, somatice, eredo-colaterale şi de evoluţie a sarcinii prezente la cele 374 paciente din lotul de studiu.

Sarcina prelungită rămâne a fi o problemă foarte actuală în obstetrica contemporană, cu un interes mare ştiinţifico-practic, determinat înainte de toate de rezultatele finale perinatale nesatisfăcătoare, iar cunoaşterea şi actualizarea factorilor de risc va spori vigilenţa şi monitorizarea de către specialiştii a acestor paciente.

Actualitatea

Incidenţa sarcinii supramature după datele autorilor autohtoni şi străini variază de la 4 până la 16% şi nu are o tendinţă de descreştere.(Palade G., Cerneţchi O. (2007), Friptu V., Ştemberg M. (2002), Savelieva G. (2000), Ventura S.J. (1999)).

Actualitatea sarcinii prelungite se datorează atât morbidității și mortalității perinatale înalte și numărului mare de complicații ce apar în timpul nașterii, cât și ratei sporite a intervențiilor obstetricale. Morbiditatea neonatală în sarcina supramatură crește de 4-6 ori, iar mortalitatea perinatală - de 2-3 ori ca în nașterea la termen, atingând 19%. Mortalitatea în cazul sindromului de aspirație meconială atinge nivelul de 60%, iar hipoxia suportată de făt cauzează afectarea perinatală a sistemului nervos central (SNC), constituind 60-80% din toate patologiile SNC din perioada copilăriei. Nașterea în cazul sarcinii supramature frecvent se complică cu: ruperea prematură a pungii amniotice, insuficiența forțelor de contracție, hipoxia fătului, naștere prelungită, traumatism matern și feta, bazin clinic strâmtat etc.

Scopul studiului a fost de a evidenția factorii de risc de dezvoltare a sarcinii prelungite, particularitățile de anamneză somatică, ginecologică, obstetricală și de evoluție a sarcinii prezente.

Material și metode

Studiul a fost efectuat pe perioada de timp cuprinsă între anii 2008 - 2010 în cadrul IMSP SCM nr.1 și MM nr.2, având permisiunea acreditată de către Comitetul Național de Etică, directorii instituțiilor medicale și de către șefii catedrelor Obstetrică-Ginecologie, USMF "N. Testemițanu".

Cercetarea actuală reprezintă un studiu clinic randomizat simplu-orb. Eșantionul de studiu a inclus 374 paciente, divizate în două loturi: control (187 paciente cu sarcină prelungată, la care pentru maturarea colului uterin s-a administrat analogul sintetic al PG E₁ – misoprostol, preparat utilizat în acest scop până în prezent, fiind inclus în Protocolul Național de Îngrijire și Tratament în Obstetrică și Neonatologie și lotul de cercetare (187 paciente, cărora pentru maturarea colului uterin li s-a administrat nitroglicerina retard, preparat utilizat în acest scop pentru prima dată în Republica Moldova.

Rezultate și discuții

Cercetarea clinică a pacientelor incluse în studiu a fost orientată spre analiza următorilor parametri: vârsta, nivelul de școlarizare, locul de muncă, funcția menstruală, paritatea, anamneza ginecologică și obstetricală, predispoziția genetică pentru sarcina supramaturată, anamneza somatică, evoluția sarcinii prezente.

Aprecierea prelungirii fiziologice a sarcinii implică anumite dificultăți, deoarece aceasta este influențată de importante varietăți individuale. Durata sarcinii depinde de mai mulți factori, cum ar fi: durata ciclului menstrual, regularitatea lui, vârsta femeii, paritatea, condițiile de trai și de muncă, sexul fătului, prezența patologiei genitale și extragenitale, evoluția patologică a sarcinii ș.a.

Vârsta gestantei poate constitui un factor ce determină dezvoltarea unei sarcini supramaturate, iar conform unor cercetări, acest grup de risc include primiparele cu vârsta de 30 și mai mulți ani [1,2,6,9]. Vârsta medie a pacientelor incluse în studiul nostru a constituit 30,5±3,30 ani, cu limitele cuprinse între 16 și 45 ani. Numărul cel mai mare de gestante pentru ambele loturi a fost înregistrat în grupa de vârstă cuprinsă între 21-30 ani cu o rată de 75,9±3,13% cazuri pentru lotul control și 79,1±2,97% cazuri pentru lotul de cercetare. Numărul gestantelor din grupul cu vârsta mai mică de 20 ani și mai mare de 31 ani a fost semnificativ mai mic, cu o rată de 9,6±2,15% și 6,4±1,79% cazuri și respectiv de 14,4±2,57% cazuri pentru ambele loturi (p>0,05).

La divizarea pacientelor după nivelul de școlarizare putem menționa că majoritatea gravidelor au avut studii medii și generale - 64,7±4,34% cazuri în lotul control și de 60,4±4,34% cazuri în lotul de cercetare, situație ce ține probabil de gradul de informare și de cunoștințele pacientelor despre problema ce o impune sarcina suprapurtată și supramaturată.

Condițiile mediului ambiant și de muncă pot influența durata sarcinii. Studiile efectuate în această direcție menționează că în caz de muncă fizică grea, nașterea survine cu 5-20 zile mai

devreme decât data probabilă a nașterii și, din contra, în lipsa muncii fizice și în cazul sedentarismului, nașterea poate întârzia cu 20 zile și mai mult (Timonem M. și colab., 1966). La repartizarea pacienților din studiul nostru după originea socială, rata cea mai înaltă le-a revenit casnicilor cu $50,8 \pm 3,66\%$ cazuri în lotul control și $47,6 \pm 3,53\%$ cazuri în lotul de cercetare ($p > 0,05$), moment ce confirmă încă o dată veridicitatea acestei teorii și importanța ei în procesul de declanșare a nașterii.

La repartizarea gravidelor conform termenului sarcinii am obținut următoarea divizare: în lotul control 41 săptămâni gestaționale au avut 130 paciente, ceea ce constituie $69,5 \pm 3,37\%$ cazuri, iar 42 săptămâni gestaționale au avut 57 paciente, ceea ce constituie $30,5 \pm 3,30\%$ cazuri, iar în lotul de cercetare cu termenul de 41 săptămâni gestaționale au fost 160 paciente ($85,6 \pm 2,78\%$ cazuri) și cu 42 săptămâni- 27 cazuri ($14,4 \pm 2,57\%$ cazuri) ($p < 0,001$) (tab. 4.1).

Tabelul 1

Repartizarea pacienților în dependență de termenul de gestație (%)

Termenul sarcinii	Lotul control		Lotul de cercetare		p
	Abs.	P±ES%	Abs.	P±ES%	
41 săptămâni gestaționale	130	$69,5 \pm 3,37$	160	$85,6 \pm 2,78$	$p < 0,001$
42 săptămâni gestaționale	57	$30,5 \pm 3,30$	27	$14,4 \pm 2,57$	$p < 0,001$

Este cunoscut faptul că disfuncția menstruală constituie un factor de risc pentru apariția sarcinii supramaturate. Gravidele din grupul de risc acuză adesea instalarea târzie a menarhei, la vârsta de peste 15 ani, la fel și dereglări de ciclitate și regularitate a ciclului menstrual [3,4,7]. Levinson L. (1969) și Ярков Л. și Кацулов А., (1971), Munster K. și colab. (1992), Blondel B. și colab. (2002), bazându-se pe teoria Ogino-Knaus, consideră că între durata ciclului menstrual și durata sarcinii există un raport direct proporțional. Este important de menționat faptul că dereglarea ciclului menstrual, de regulă, duce la creșterea duratei sau prelungirea sarcinii (Фефилов А., 1973, Чернуха Е. А., 1982 ș.a.).

Studiind acest parametru la rândul nostru, am constatat, în urma culegerii anamnezei, că fenomenul dat se întâlnește într-adevăr cu o rată destul de înaltă printre pacientele incluse în studiu. În lotul control apariția târzie a menarhei s-a atestat în $23,5 \pm 3,10\%$ cazuri, iar în lotul de cercetare în $21,9 \pm 3,02\%$ cazuri, pe când ciclul menstrual neregulat s-a determinat în $31,6 \pm 3,39\%$ cazuri printre gestantele din lotul control, iar printre cele din lotul de cercetare în $27,3 \pm 3,26\%$ cazuri ($p > 0,05$).

S-a observat că sarcina supramaturată deseori survine la unele și aceleași persoane, noțiune denumită "supramaturare habituală" sau la persoanele cu grad de rudenie, la care în anamneză s-a întâlnit sarcina supramaturată sau prolongată [9,10,12]. Rezultatele studiilor efectuate în vederea stabilirii rolului factorului ereditar în dezvoltarea sarcinii supramaturate efectuate de către Bergsjö P., 1991 și de către Laursen M. și colab., 2004, la cercetarea genealogică a 500 de paciente cu sarcină supramaturată, comparativ cu 500 de paciente cu sarcină la termen, au demonstrat statistic repetarea certă a fenomenului nominalizat printre pacientele cu sarcină supramaturată, ceea ce confirmă importanța transmiterii ereditare a patologiei obstetricale respective.

Conform datelor lui Bakketeig L. și Bergsjö P. (1991), prolongarea sarcinii este biologic determinată. Din analiza 27677 de nașteri ce au avut loc în Norvegia, s-a constatat că riscul următoarei sarcini de a se prolunga crește de la 10 la 27% dacă sarcina precedentă a fost prolongată. În caz de prezență a două sarcini prolongate în anamneză, riscul pentru sarcina următoare crește până la 39%. Mogren I., 1999, susține că sarcina prolongată are tendința de a se repeta peste o generație și riscul dezvoltării ei crește de 2-3 ori în cazul feților de sex feminin, genele feminine și nu cele masculine fiind responsabile de durata sarcinii, inclusiv și de dezvoltarea sarcinilor supramature.

Noi, la fel, ne-am propus să studiem acest aspect în rândul pacientelor incluse în studiu. Astfel, predispoziție genetică de sarcină supramaturată în lotul control au avut 46 paciente, ceea ce constituie $24,6\pm 3,15\%$ cazuri, iar în lotul de cercetare - 44 paciente, ceea ce constituie $23,5\pm 3,10\%$ cazuri. Astfel, rezultatele noastre reflectă faptul că aproximativ fiecare a III-IV-a pacientă cu sarcină prolongată are predispoziție genetică de prolongare a sarcinii.

Fenomenul de "supramaturare habituală" a fost constatat și la pacientele din lotul nostru de studiu. Astfel, sarcina prolongată sau supramaturată s-a întâlnit în proporție de $14,9\pm 2,60\%$ la secundiparele și multiparele din lotul control și la $16,0\pm 2,68\%$ din lotul de cercetare.

Se știe că paritatea joacă un rol important în determinarea riscului de apariție a sarcinii supramaturate, iar primiparelor le revine rata cea mai înaltă [5,12].

În cadrul studiului nostru, primiparelor le-a revenit o rată de $77,5\pm 3,05\%$ cazuri în lotul control și $69,5\pm 3,37\%$ cazuri în lotul de cercetare, iar secundiparelor - $18,2\pm 2,82\%$ cazuri și $25,7\pm 3,2\%$ în lotul de cercetare, restul $4,3\pm 1,48\%$ și $4,8\pm 1,56\%$ cazuri, respectiv, le-au constituit multiparele ($p>0,05$) (fig. 1).

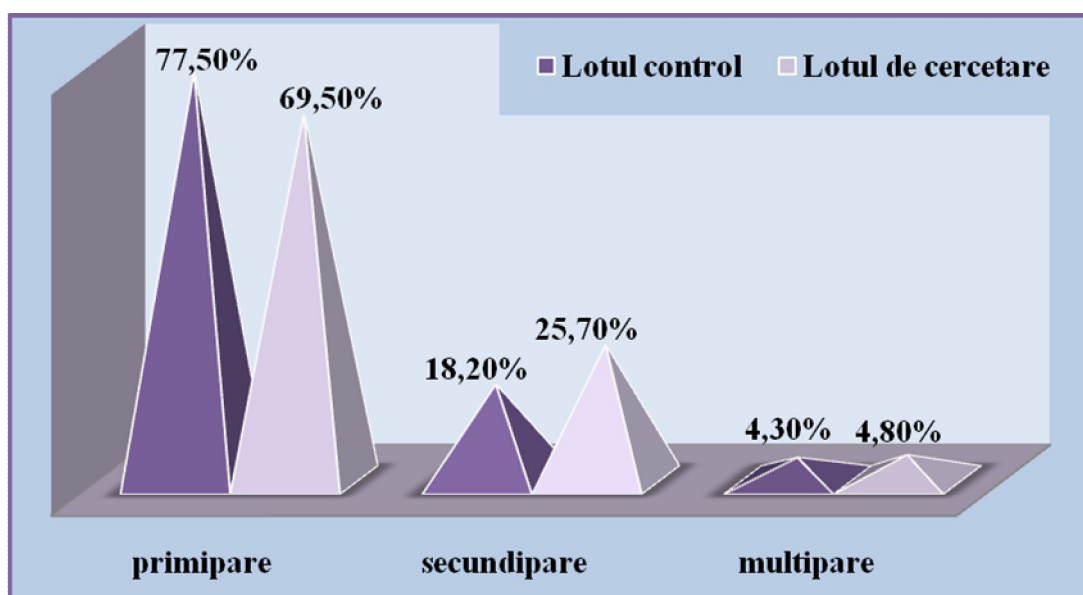


Fig. 1. Repartizarea gestantelor din grupul de studiu după criteriul de paritate (%).

Sarcina supramaturată adesea survine pe un fundal patologic, cu o anamneză ginecologică și obstetricală complicată, care afectează aparatul receptor al uterului, fapt ce condiționează micșorarea excitabilității și contractilității uterine și diminuează sensibilitatea uterului față de substanțele biologic active și hormoni. Drept urmare sarcina evoluează postermen, iar travaliul adesea se complică cu diverse distocii [3,4,6].

Conform rezultatelor studiului nostru, anamneză obstetricală și ginecologică complicată, s-a atestat la aproximativ fiecare a 4-a gravidă. Structura AOC a fost următoarea (fig. 2): rata cea mai înaltă - $25,70\pm 3,15\%$ cazuri de avorturi medicale s-a înregistrat în lotul control și $22,9\pm 3,07\%$ cazuri - în lotul de cercetare, urmate de avorturile spontane cu o rată de $8,60\pm 2,05\%$ cazuri în lotul control și $12,80\pm 2,44\%$ cazuri în cel de cercetare. Au urmat sarcinile stagnate și sarcinile extrauterine cu o incidență de până la 2,1% în ambele loturi ($p>0,05$).

În structura AGC (fig. 3), cea mai înaltă rată a avut-o boala inflamatorie pelvină cu $27,3\pm 3,26\%$ cazuri în lotul control și $22,5\pm 3,05\%$ cazuri în lotul de studiu. Au urmat TORCH-infecțiile cu $17,6\pm 2,78\%$ cazuri și respectiv - $20,3\pm 2,94\%$ și sterilitatea primară și secundară cu o rată de $4,3\pm 1,48\%$ cazuri și $6,9\pm 1,85\%$ cazuri. Chisturile ovariene și miomul uterin s-au înregistrat cu o rată de până la 2,1% în ambele loturi ($p>0,05$). Prin urmare, din rezultatele obținute putem afirma că pacientele din lotul de studiu, pe lângă multe alte premise de dezvoltare a unei sarcini postermen, factorul infecțios, patologii ginecologice, precum și anamneza obstetricală complicată au avut un rol primordial, dar poate și decisiv în acest mecanism.

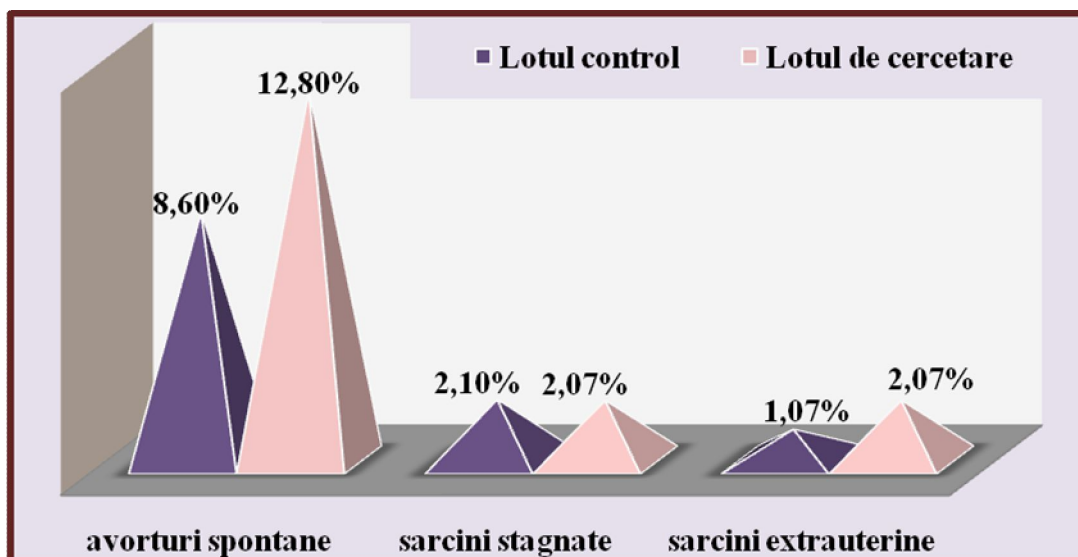


Fig. 2. Structura AOC la gestantele incluse în studiu (%).

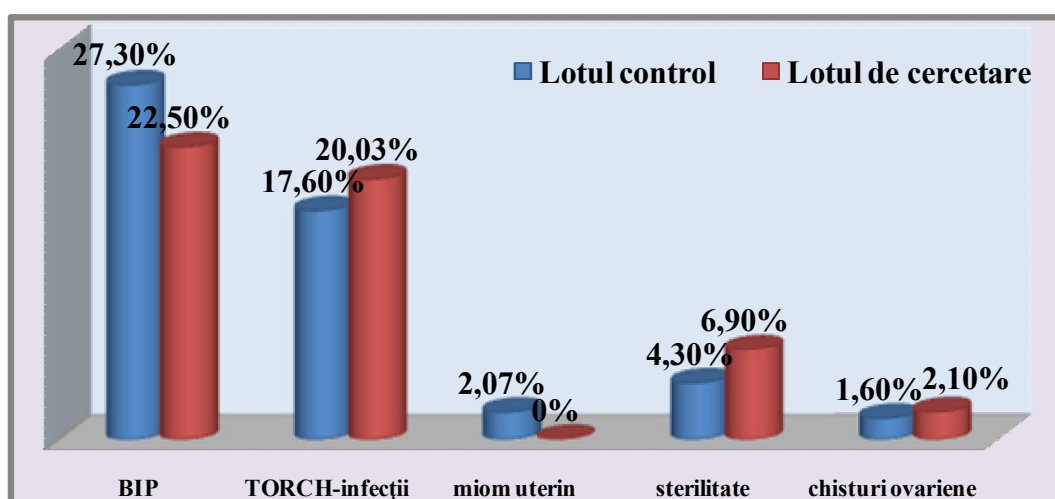


Fig. 3. Structura AGC la gestantele incluse în studiu (%).

Se cunoaște că prezența patologiei extragenitale la gravidă poate condiționa dezvoltarea unei sarcini supramaturate. Un factor etiopatogenetic important îl prezintă dereglările funcționale din SNC, dereglările endocrine și vegetative din organismul femeii gravide.

Tabelul 2

Structura patologiilor extragenitale la gestantele incluse în studiu (%)

Patologia extragenitală	Lotul control		Lotul de cercetare		t	p
	Abs.	P±ES%	Abs.	P±ES%		
Sistemul C-V	11	5,9±1,72	14	7,5±1,93	0,829	>0,05
Sistemul respirator	8	4,3±1,48	16	8,6±2,05	1,720	>0,05
Sistemul urinar	37	33,7±3,46	40	21,4±2,99	2,674	<0,001
Tractul digestiv	23	12,3±2,40	16	8,6±2,05	1,805	>0,05
Sistemul ocular	20	10,7±2,26	14	7,5±1,93	1,416	>0,05
Sistemul endocrin	11	5,9±1,72	10	5,3±1,64	0,349	>0,05
Sistemul nervos	22	11,8±2,36	17	9,1±2,10	1,144	>0,05

Din cauza lipsei dominantei nașterii se dereglează legătura dintre SNC și organele periferice, la fel se determină scăderea activității bioelectrolitice a uterului, sensibilitatea joasă a receptorilor din colul uterin. Alți factori care pot cauza sarcina supramatură sunt maladiile sistemului cardiovascular, celui renal, dereglarea metabolismului lipidic, prezența patologiilor autoimune, ce implică maturația întârziată sau disociativă a placentei, insuficiența placentară cronică, precum și prezența toleranței placentare imunologice, care preîntâmpină rejecția imunologică a fătului [10].

Studierea antecedentelor personale patologice a pacientelor incluse în studiul nostru s-a caracterizat printr-un procent relativ înalt de depistare a acestora. Astfel, rata cea mai mare printre patologiile extragenitale au avut-o maladiile sistemului urinar (pielonefrita acută și cronică, colica renală, anomalia tractului urinar și bacteriuria), cu o incidență de 33,7±3,46% cazuri în lotul control și 21,4±2,99% cazuri în lotul de cercetare (<0,001).

Pe locul al 2-lea s-au situat patologiile tractului digestiv (gastrita acută și cronică, ulcerul gastric și duodenal, colecistita calculoasă și acalculoasă, pancreatita cronică și hepatitele virale) cu o rată de 12,3±2,40% cazuri în lotul control și 8,6±2,05% cazuri în lotul de cercetare (>0,05).

O rată destul de înaltă au avut-o și patologiile sistemului nervos (tensiunea intracraniană mărită, trauma cranio-cerebrală în anamneză), situându-se pe locul 3, cu o incidență de 11,8±2,36% și respectiv de 9,1±2,10% cazuri în loturile de studiu.

Patologia oculară (miopie de diferit grad de severitate, astigmatism, intervenții chirurgicale oculare în anamneză) (10,7±2,26% și respectiv 7,5±1,93% cazuri), patologia sistemului cardiovascular (prolapsul valvei mitrale și tricuspide de diferit grad, dereglări ale ritmului cardiac (extrasistolii, WPW, tahicardii și bradicardii sinusale)), (5,9±1,72% și 7,5±1,93% cazuri) și a celui endocrin (hipo- și hipertireoza, obezitatea, diabet zaharat), (5,9±1,72% și 5,3±1,64% cazuri) având o rată puțin mai joasă comparativ cu cele menționate anterior, își mențin cota lor de implicare în etiopatogenia sarcinii supramaturate (tab. 2).

Din datele anamnestice obținute de la pacientele incluse în studiul nostru am determinat că majoritatea sarcinilor au evoluat pe un fundal de gestație patologică cu utilizarea tratamentului tocolitic de durată. În 25,1±3,17% cazuri, sarcina a evoluat pe fond de naștere prematură în lotul control și de 21,9±3,02% cazuri în lotul de cercetare, pe locul doi situându-se iminență de avort spontan precoce cu o rată de 17,1±2,75% cazuri în lotul control și de 20,3±2,94% cazuri în lotul de cercetare (tab. 4.3).

Tabelul 3

Structura patologiilor pe fundalul cărora a evoluat sarcina prezentă la pacientele din loturile de studiu (%)

Evoluția sarcinii prezente	Lotul control		Lotul de cercetare		t	p
	Abs	P±ES%	Abs	P±ES%		
Iminență de avort precoce	32	17,1±2,75	38	20,3±2,94	1,088	>0,05
Iminență de avort tardiv	31	16,6±2,72	33	17,6±2,78	0,360	>0,05
Iminență de naștere prematură	47	25,1±3,17	41	21,9±3,02	1,009	>0,05
Patologia lichidului amniotic	29	15,5±2,52	25	13,4±2,48	1,066	>0,05
RDIUF	2	1,07±0,75	0	-	1,427	>0,05
Infecții în sarcină	12	6,4±1,79	10	5,3±1,64	0,615	>0,05
Anemie	51	27,3±3,26	55	29,4±3,33	0,631	>0,05
Gestoză precoce	24	12,8±2,44	27	14,4±2,57	0,623	>0,05
Gestoză tardivă	13	6,9±1,85	15	8,0±1,98	0,556	>0,05

Avortul spontan tardiv, situat pe locul trei după incidență, s-a determinat în 16,6±2,72% cazuri în lotul control și în 17,6±2,78% cazuri la pacientele din lotul de cercetare (p>0,05). Toate aceste gestante au primit tratament tocolitic și/sau hormonal pentru a menține sarcina, fapt care a și condiționat, într-o mare parte, dezvoltarea ulterioară a sarcinii prolongate și/sau supramaturate.

La fel, s-a constatat că fiecare a 3-4-a pacientă din lotul de studiu a suferit de anemie de diferit grad în timpul sarcinii, moment foarte important în patogenia apariției și evoluției hipoxiei cronice intrauterine a fătului. În $12,8 \pm 2,44\%$ cazuri în lotul control și respectiv în $14,4 \pm 2,57\%$ cazuri în lotul de cercetare sarcina actuală a debutat pe un fundal de gestoză precoce de diferit grad de severitate, iar jumătate din numărul acesta până la sfârșitul sarcinii au suportat gestoze tardive, moment la fel important în etiopatogenia sarcinii supramature și în dezvoltarea suferinței fetale (tab. 4.3).

Concluzii

1. Primiparitatea, sedentarismul, prezența unei anamneze ginecologice și obstetricale agravate, prezența patologiilor extragenitale, evoluția sarcinii pe un fundal de risc de întrerupere a sarcinii cu utilizarea îndelungată a tratamentului tocolitic, prezența predispoziției genetice de sarcină prelungită sau a "supramaturării habituale" sunt criteriile ce caracterizează starea pacientelor din lotul de studiu și de fapt reprezintă factorii de risc pentru apariția sarcinii supramaturate.

2. Nașterea la gestantele din lotul de studiu s-a complicat mai frecvent cu hipoxia intrauterină a fătului, distocia travaliului și bazin clinic strâmtat, cauza fiind macrosomia fătului.

3. Dintre toți nou-născuții din lotul de studiu, 23% au fost macrosomi și 1/3 au prezentat semne de supramaturație.

Bibliografie

1. Chitulea P. Controverse actuale în Obstetrică și Ginecologie, Oradea, 2009. 78-101 p.
2. Munteanu I. Tratat de Obstetrică, Buc., 2000. 508-527 p.
3. Paladi G., Cernețchi O. Obstetrică patologică, Vol. II, Chiș., 2007, 267-273, 582-604 p.
4. Ștemberg M., Gladun E., Friptu V. Obstetrica patologică, Chiș., 2002. 251-256 p.
5. Бисерова Н.Н., Фатеева Л.В. Факторы риска пролонгированной беременности. Акушерство и гинекология, 1996. 9-48 с.
6. Большакова Е.Е. Прогнозирование перенатальных исходов и акушерская тактика при перенашивании беременности. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 1998. 20-31 с.
7. Розниченко Г.И. Дифференциальная диагностика, тактика ведения и прогнозирование исходов родов при переносной и пролонгированной беременности. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук Киев, 1991. 12-21 с.
8. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Тимохина Е.В., Рыбин М.В. Переносная беременность, 2006. 34-50 с.
9. Alexander J.M., Levenco K.J. Postterm pregnancy: Is cervical "ripening" being used in the right patients. J. Soc. Gynecol. Invest. 2000. Vol. 7. 247 p.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists: Management of post-term pregnancy. Practice Bulletin. № 55, 2004. 23-45 p.
11. Bolte A., Bachamann K. Prolonged pregnancy and placenta dysfunction, Arch. Gynak. 1990, Vol. 209. 339-370 p.
12. Boyd M., Usher R., Kramer M. Obstetric consequences of post maturity, Am., J. Obstet. Gynecol., 1999. 12-16 p.