

## NAȘTEREA PREMATURĂ - PROFILAXIA SINDROMULUI DETRESĂ RESPIRATORIE

Ion Bologan, Ludmila Bologan, Tatiana Belousova, Ana Cumpana, Elena Mecineanu  
Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *Premature labour – prevention of respiratory distress syndrome*

Preterm delivery rates vary from 6% to 15% of all deliveries, with the rate increasing in recent years. Respiratory distress syndrome (RDS) causes significant mortality and morbidity in these babies. RDS is known to affect 40–50% of babies born before 32 weeks.

The aim of this article is to provide up to date information on the appropriate use of antenatal corticosteroid therapy prior to preterm delivery for the reduction of neonatal mortality and morbidity.

### Rezumat

Nașterile premature variază de la 6% pînă la 15% din totalul nașterilor, cu o creștere substanțială în ultimii ani. Sindromul de detresă respiratorie (SDR) reprezintă principala cauză de mortalitate și morbiditate la acești copii. SDR afectează aproximativ 40 – 50% din copii născuți înainte de 32 săptămîni.

Scopul prezentului articol este de a oferi informații actualizate cu privire la utilizarea prenatală adecvată a terapiei cu corticosteroizi înainte de nașterea prematură pentru reducerea mortalității și morbidității neonatale.

### Actualitatea

Nașterile înainte de termen reprezintă o problemă majoră pentru sistemul de sănătate în întreaga lume, afectând aproximativ de la 5% pînă la 13% din totalul numărului de nou-născuți în țările industrializate, cu o creștere substanțială a acestei rate în țările în curs de dezvoltare [1, 2].

În Republica Moldova, în pofida datelor statistice îmbucurătoare privind scăderea ratei nașterilor premature (anul 2010 – rata nașterilor premature a constituit 4,2%; anul 1990-1999- rata nașterilor premature a costituit 7,9 %), aceasta are loc pe fondalul scăderii ratei natalității generale [12;13]. Pe parcursul anilor 2008 -2010, indicatorul sumar al natalității rămîne totuși cu 40% mai scăzut, decât nivelul necesar pentru simpla completare numerică a generației părinților, de generația copiilor săi.

Costurile necesare îngrijirii prematurilor sunt foarte ridicate [15]. Compania Națională de Asigurări în Medicină suportă cheltuieli de circa 5695 lei pentru întreținerea unui prematur cu masa de 1001-1500g și de circa 18308 lei pentru întreținerea unui prematur cu masa de 500-1000 g [16].

Copii născuți prematuri au un risc major pentru dezvoltarea unor complicații, care include disabilități și impedimente în creștere și dezvoltare psihică. S-a efectuat un progres marcat în acordarea asistenței medicale copiilor născuți înainte de termen, dar nu și în reducerea prevalenței nașterilor premature. [16]

Copiii născuți prematur (până 37 de săptămîni de gestație) și în special cei născuți înainte de termenul de 32 săptămîni de gestație, sunt supuși unui risc major de dezvoltare a sindromului de detresă respiratorie. Aceasta constituie o complicație serioasă și rămîne a fi cauza principală a deceselor în perioada neonatală precoce și a dezvoltării unor disabilități [2]. Copiii născuți înainte de termen, ce au supraviețuit, sunt supuși unui risc major de a dezvolta complicații neurologice pe o perioadă lungă de timp [4; 5].

Sindromul de detresă respiratorie se dezvoltă ca consecința atât a insuficienței surfactantului, cît și lipsei dezvoltării suficiente a pulmonilor. Cu cît termenul de gestație va fi

mai mare, cu atât riscul dezvoltării sindromului de detresă respiratorie precum și a deceselor neonatale va descrește [5, 6, 7].

Tratamentul ce ar putea reduce incidența dezvoltării sindromului de detresă respiratorie la copiii născuți înainte de termen, include administrarea corticosteroizilor [8].

Eficiența administrării glucocorticoizilor în profilaxia distres sindromului a fost studiată de nenumărate ori. S-a constatat că administrarea corticosteroizilor antenatal la gravidele cu risc de naștere prematură înainte de 35 săptămâni de gestație, scade semnificativ statistic incidența morbidității și mortalității prin sindromul de detresă respiratorie [8, 9, 10, 11, 12].

În Republica Moldova, protocolul de administrare a glucocorticoizilor propune următoarea schema: betametazon – 2 doze a câte 12mg fiecare, administrate la interval de 24 ore; dexametazon – 2 doze a câte 12 mg fiecare, administrate la interval de 12 ore.

**Scopul studiului** - definitivarea intervențiilor care vor spori la maxim numărul supraviețuitorilor nou-născuți, minimalizând în același timp, efectele adverse potențiale apărute în cadrul profilaxiei cu glucocorticoizi a sindromului de detresă respiratorie.

### **Materiale și metode**

Într-u realizarea lucrării date s-a efectuat analiza bibliografică a surselor de literatură consacrate acestei probleme. Au fost prelucrate 100 fișe de observație clinică a pacientelor cu termenul de gestație pînă la 34 săptămîni, cu diagnosticul de internare ce includea prezența iminenței de naștere premature și cărora li s-a administrat sol. Dexametazon 12 mg după schema stipulată în Protocolul Național și au fost analizate registrele de naștere pentru a identifica termenul de gestație în momentul nașterii la gravidele căror li s-a administrat soluție Dexametazon anterior.

Toate pacientele incluse în studiu au fost supuse unui examen clinic și paraclinic, datele obținute au fost evaluate statistic (computerizat) prin metoda de analiză variațională, descriptive. Ulterior, rezultatele obținute au fost prelucrate computerizat, cu aplicarea setului de programe statistice Microsoft Excel. Nașterile au avut loc în IMSP SCM nr.1, în perioada ianuarie - iunie 2011.

### **Rezultatele**

Pentru realizarea scopului și obiectivelor cercetării am examinat și selectat riguros 100 de paciente, a căror diagnostic de internare includea prezența iminenței de naștere prematură și căror li s-a administrat soluție Dexametazon 12mg (după schema indicată în Protocolul Național) pentru profilaxia sindromului de detresă respiratorie a nou-născuților. Termenul sarcinii a acestor paciente era cuprins între 24-34 săptămîni de gestație.

S-a analizat vârsta pacientelor incluse în studiu, stabilindu-se ca vârsta medie este de 27,6 ani cu limitele cuprinse între 16 ani și 40 ani.

Termenul sarcinii în momentul internării în secția «Patologia sarcinii» este reprezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Structura pacientelor în dependent de termenul sarcinii în momentul internării în secția «Patologia sarcinii»

Termenul sarcinii	24 săpt.	25 săpt.	26 săpt.	27 săpt..	28 săpt.	29 săpt.	30 săpt.	31 săpt.	32 săpt.	33 săpt.	34 săpt.
Numărul de paciente	17	7	10	10	9	12	8	8	7	7	5

Potrivit analizei datelor examinate din fisele de observație, s-a demonstrat ca iminența de naștere prematură se întâlnește mai frecvent la *primipare*. Astfel, diagnosticul de iminenta de naștere prematură la primipare s-a stabilit în 66 cazuri, la multipare în 34 cazuri (primipare/multipare = 2/1).

În cadrul analizei documentației medicale, s-a evidențiat prezența afecțiunilor extragenitale în timpul sarcinii la 52 paciente, care ar putea servi drept factori predispozanți în declanșarea nașterii premature.

Dintre *afecțiunile extragenitale*, depistate la pacientele din cadrul studiului evidențiem: pielonefrita cronică – 29 cazuri, bronșita cronică – 11 cazuri, obezitate – 3 cazuri, afecțiuni ale glandei tiroide - 3 cazuri, purtătoare de CMV, HSV, toxoplasma – 9 cazuri.

*Anamneza ginecologică* a fost agravată în 10 cazuri. Cele mai frecvente fiind - miom uterin – 3 cazuri, polip al canalului cervical – 2 cazuri, sarcina extrauterină – 2 cazuri, sterilitate primară și secundară – 2 cazuri, chist ovarian – 1 caz.

*Anamneza obstetricală* a fost complicată în 43 cazuri prin - avort medicamentos – 15 cazuri, avort spontan – 13 cazuri, sarcini stagnate – 4 cazuri, antecedente de nașteri premature – 4 cazuri, operații cezariene – 5 cazuri, copii născuți morți – 1 caz.

În cadrul studiului nostru, unul dintre obiectivele de bază a fost argumentarea necesității administrării glucocorticoizilor pacientelor cu travaliu prematur declanșat.

Unul dintre criteriile de bază care ar caracteriza un travaliu prematur declanșat este ecografia transvaginală. În cadrul acestei examinări, am evidențiat următoarele:

a. *lungimea colului uterin (fig.1)*

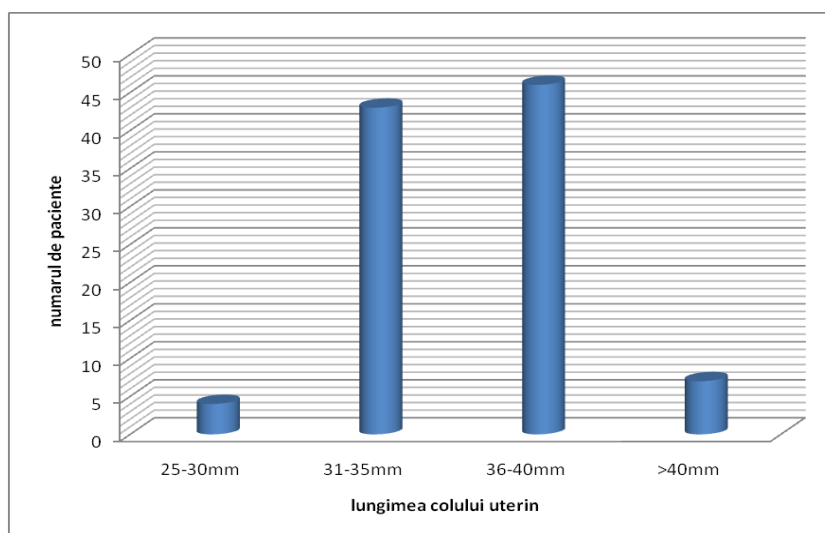


Fig.1 Lungimea colului uterin la ecografia transvaginală

În urma analizei acestor date, evidențiem că doar 4 paciente prezintă valorile lungimii colului uterin la ecografia transvaginală între 25-30mm; 43 paciente – lungimea colului uterin 31-35mm; 46 paciente – lungimea colului uterin între 36-40mm și 7 paciente cu lungimea colului uterin de peste 40 mm.

b. *Starea orificiului intern al colului uterin, la ecografia transvaginală era închis – în toate cazurile*

În cadrul sintezei datelor statistice obținute prin analiza documentație medicale s-a demonstrat că la pacientele căror li s-a efectuat profilaxia sindromului de detresă respiratorie cu soluție Dexametazon după schema protocolului clinic, nașterea prematură a survenit în 5% cazuri; în 2% s-a soldat cu deces antenatal; iar 93 % cazuri – a fost posibilă menținerea sarcinii până la termen (fig.2 ).

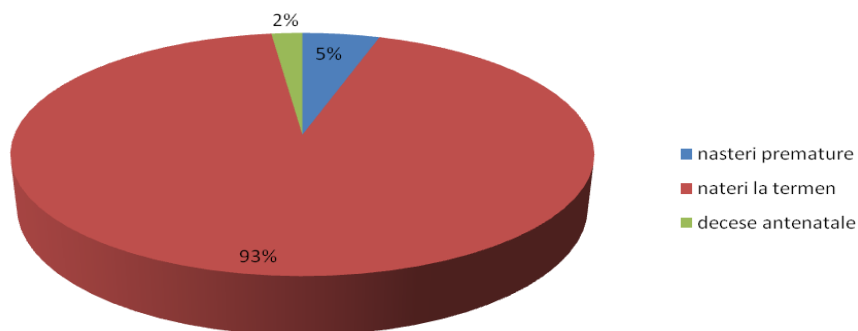


Fig. 2 Structura nașterilor în cadrul profilaxiei efectuate în combaterea sindromului de detresă respiratorie

Imediat după naștere, chiar în primele 60 de secunde după expulsie, în sala de travaliu, se face o apreciere a stării de sănătate a nou-născutului, prin aprecierea funcțiilor vitale și a capacității de adaptare la condițiile din mediul extrauterin. Astfel simultan cu acordarea primelor îngrijiri, medicul neonatolog va nota starea clinică și comportamentul nou-născutului, cuantificând funcțiile vitale cu ajutorul scorului Apgar.

Analizând rezultatele obținute s-a stabilit că 87 cazuri – nou-născuții au fost apreciați cu scorul Apgar 7-8, ceea ce caracterizează o adaptare neonatală bună și nu necesită îngrijiri deosebite; în 6 cazuri – nou-născuții au fost apreciați cu scorul Apgar 6-7, ceea ce determină o adaptare mai dificilă la mediul extrauterin și va necesita unele îngrijiri suplimentare.

### Concluzii

1. Pacientele cărora li s-a efectuat profilaxia sindromului de detresă respiratorie cu soluție Dexametazon după schema protocolului clinic 93 % cazuri – a fost posibilă menținerea sarcinii până la termen.
2. Terapia cu glucocorticoizi inițiată pentru profilaxia sindromului de detresă respiratorie este și va fi o metodă eficientă.

### Bibliografie

1. Goldenberg R, Culhane JF, Iams J, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2007; 371:73-82.
2. Haram K, Mortenses JHS, Wollen AL. Preterm delivery: an overview. *Acta obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2003; 82:687-704.
3. Janson A, Townshend P, Yudkin P, Bull D, Wilkinson AR. Functional abilities at age 4 of children born before 29 weeks gestation. *BMJ* 1993; 306:1715-8.
4. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet* 2007; 371(9608):261-9.
5. Doyle LW, Victorian Infant Collaborative Study Group. Outcome at 5 year of age of children 23 to 27 weeks gestation: refining the prognosis. *Pediatrics* 2001; 108(1): 134-41.
6. Moise AA, Wearden ME, Kozinetz CA, Gest AL, Welty SE, Hansen TN. Antenatal steroids are associated with less need for blood pressure support in extremely premature infants. *Pediatrics* 1995; 95:845-50.
7. Roberts D, Danziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. [DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub.2]
8. Morley CJ: Respiratory distress syndrome. In Polin RA, Yoder MC: *Workbook in practical neonatology*. 4th Ed WB Saunders Co Philadelphia 2007; 129-150.

9. Greenough A, Milner AD: Respiratory distress syndrome. In Rennie J: Robertson's Textbook on Neonatology. 4th Ed Elsevier Churchill Livingstone 2005; 468-486.
10. Tan A, Schulze A, O'Donnell CP et al: Air versus oxygen for resuscitation of infants at birth. Cochrane Database Syst Rev 2005; (2):CD002273.
11. Miracle X, Cargo G, Renzo D, Stark A, Fanaroff AA et al: Guidline for the use of antenatal corticosteroids for fetal maturation. J Perinat Med 2008;36: 191-196.
12. Honnein MA, et al. The association between major birth defects and preterm birthz. Maternal and Child Health Journal, published online 17/05/2008
13. www.cnas.ro
14. www.antropologia.academia.edu
15. www.statistica.md
16. www.ms.gov.md

## **REZULTATELE PERINATALE ALE SARCINII GEMELARE**

**Mariana Dragan, Irina Sagaidac, Victor Ciobanu**

Catedra Obstetrică și Ginecologie FEMCMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *Perinatal results of gemelar pregnancy*

This article was elaborated based on the retrospective analyses of 111 cases of multiple pregnancies. All cases were analysed based on the information provided by the IMSPICSDOM si C. From the total number of 111 cases, 107 of them were twin pregnancies, 3 – triplets and one quintuplet. Gemelar pregnancy is a major factor that leads to perinatal complications as: pregnancy interruption, placental insufficiency, pregnancy-induced hypertension, intrauterine growth restriction, anemia, etc. In order to reduce perinatal morbidity and mortality a differentiated approach to pregnancy and childbirth in gemelar pregnancies is required by using antenatal surveillance, intrauterine ultrasound monitoring of the fetus and preventing the development of pathological states.

### **Rezumat**

Articolul prezintă rezultatele perinatale a 111 cazuri de sarcini gemelare, care au avut loc pe parcursul anului 2011. Sarcina gemelară reprezintă un factor de risc înalt pentru complicațiile perinatale. În SG mai frecvent se dezvoltă așa complicații ca iminența de întrerupere a sarcinii, insuficiența feto-placentară, hipertensiunea indusă de sarcină, retardul de dezvoltare a feților, anemiile, etc. Supravegherea antenatală, monitorizarea ecografică a stării intrauterine a feților, profilaxia dezvoltării stărilor patologice permit o abordare diferențiată a conduitei sarcinii și nașterii în SG cu scopul reducerii morbidității și mortalității perinatale.

### **Actualitatea**

Sarcina gemelară (SG) reprezintă unul dintre cele mai fascinante aspecte în domeniul reproducerii umane și în același timp o condiție obstetricală de cel mai înalt risc atât pentru mamă, cât și pentru feți. Organismul matern fiind nepregătit pentru dezvoltarea și nașterea mai multor feți, predispune la complicații în timpul sarcinii, nașterii și nutriției lactotrofe. În general din 10 sarcini multiple obținute spontan, 3 fac avort, 6 finisează cu nașterea prematură și doar o naștere este la termen. Astfel, la 70-85% femei cu SG sunt observate diverse complicații în evoluția gravității și doar 15-30% din sarcini evoluează fiziologic. Mortalitatea perinatală este de 4 ori mai mare comparând cu o sarcină unică, frecvența crește la cele monozigote de 2,5 ori și e direct proporțională cu prematuritatea și discordanța greutatei a celor 2 gemeni. Morbiditatea