

PARTICULARITĂȚI DE CONDUITĂ A NAȘTERII PREMATURE ÎN DEPENDENȚĂ DE TERMENUL DE GESTAȚIE

Natalia Bivol, Tatiana Belousov

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Preterm births. Particulars of conduct depending on gestational age

This article presents the studies conducted to determine the conduct ante and intranatal pregnant women with premature birth depending on gestational age. The results were obtained in the assessment of the particularities of gynecological, obstetrical, somatic, eredo-collateral anamnesis and present evolution of pregnancy in 127 patients in the study group. Premature birth remains one of the most difficult, complex and sensitive problem of modern medicine. This problem involves branches of the increasingly diverse needs of medicine: from obstetrics and neonatology until immunology, genetics and fundamental research and the knowledge of the conduct will increase monitoring by specialists of these patients.

Rezumat

Articolul dat reprezintă un studiu efectuat în vederea determinării tacticii de conduită ante și intranatală a gravidelor cu naștere prematură în dependență de termenul de gestație. Rezultatele au fost obținute în urma evaluării particularităților anamnestice ginecologice, obstetricale, somatice, eredo-colaterale și de evoluție a sarcinii prezente la cele 127 paciente din lotul de studiu. Nașterea prematură rămâne a fi una dintre cele mai dificile, complexe și delicate probleme ale medicinei moderne. Această problemă antrenează ramuri din ce în ce mai diverse ale medicinei: de la obstetrică și neonatologie până la imunologie, genetică și cercetare fundamentală, iar cunoașterea tacticii de conduită va spori monitorizarea de către specialiști a acestor paciente.

Actualitatea

Nașterea prematură este una dintre cele mai dificile, complexe și delicate probleme ale medicinei moderne, fiind responsabilă de aproximativ 50% din mortalitatea perinatală, 70-80% din mortalitatea neonatală precoce, 65-75% din mortalitatea infantilă, 40% din morbiditatea neonatală.

Conform literaturii de specialitate, incidența nașterii premature variază între 5% și 12%. În Republica Moldova ponderea născuților prematuri în 2010 a constituit 5,1%, fiind în creștere față de anul 2000 – 2004 unde ea a fost de 4,8%, acest fapt datorându-se înregistrării copiilor cu masa la naștere ≥ 500 g de la termenul de gestație 22 săptămâni. În SCM N.1 rata nașterilor premature în 2010 a constituit 4,6%.

Scopul studiului a fost de a aprecia tactica de conduită ante și intranatală a gravidelor cu naștere prematură în dependență de termenul gestațional.

Material și metode

Studiul retrospectiv a fost efectuat pe un lot de 127 de paciente din cadrul IMSP SCM N1 pe parcursul anului 2010, care au avut naștere prematură. Acest lot a fost împărțit în trei grupuri în dependență de termenul de gestație: I-ul Grup – naștere prematură extrem de precoce, 22 - 27 săptămâni gestaționale, a fost constituit din 30 paciente. Al II-lea Grup - naștere prematură precoce, 28-33 săptămâni gestaționale, a cuprins 49 paciente. A III Grupa - naștere prematură propriu-zisă, 34 – 37 săptămâni gestaționale, care a cuprins 48 paciente.

Datele obținute au fost prelucrate computerizat cu aplicarea setului de programe statistice: Microsoft Excel.

Rezultate și discuții

Din punct de vedere statistic, vârsta maternă rămâne marcherul cu cea mai mare valoare predictivă pentru screeningul neonatal [1]. Grupul de risc începe cu limita de vârstă sub 20 ani sau după 35 de ani (Chavez, 2001, Ananth, 2001, Heisterberg, Kringelblach, 2000).

Pacientele incluse în studiu au avut limita de vârstă cuprinsă între 17 și 44 de ani, cu media de $29,3 \pm 6,02$ ani. Incidența maximă a nașterii premature a fost remarcată în grupul de vârstă 20 – 35 ani în cele trei grupuri de naștere prematură: astfel s-a remarcat 73,3% în primul grup, 67,3% în grupul II și 87,5% în grupul III.

Luând în considerație că vârsta gravidei sub 20 ani reprezintă un factor de risc major a nașterii premature observăm că incidența maximă a nașterii premature la vârsta sub 20 ani e remarcat în grupul II – 12,2% (6 paciente), vârsta mai mare de 35 ani la fel reprezintă un factor de risc aceasta fiind prezentă în 23,33% (7 paciente) în I-ul grup.

Evaluarea statutului profesional a femeilor incluse în studiu a denotat că majoritatea femeilor (56 sau 44,1%) erau casnice, 46 (36,2%) – erau încadrate în câmpul muncii (contabile, studii pedagogice, cercetători științifici), restul 25 (19,7%) femei – în domeniul muncii fizice.

Analizând mediul de reședință a pacientelor studiate s-au obținut următoarele date: primul grup – 80% sau 24 femei, al doilea grup – 65,3% sau 32 femei și al treilea grup 83,3% sau 40 femei sunt din mediul urban; restul 20% în primul grup, 34,7% în grupul II și 16,7% în grupul III fac parte din mediul rural.

Analiza cazuisticii în funcție de paritate arată preponderența primiparelor implicate în circa 60% (18 femei) din nașterile premature în primul grup, 44,9% (22 femei) în grupul II și 50% (24 femei) în grupul III. Fiecare a doua femeie fiind primipara. Cu o pondere mai mică se întâlnesc femeile bipare, 26,7% (8 femei) în I-ul grup, 44,9% (22 femei) în grupul II și 37,5% (18 femei) în grupul III; iar femeile multipare se întâlnesc și mai rar 13,3% (o femeie) în I-ul grup, 10,2% (5 femei) în grupul II și 12,5% (6 femei) în grupul III.

Nașterea înainte de termen adesea survine pe un fundal patologic, cu o anamneză ginecologică și obstetricală complicată, care afectează aparatul receptor al uterului, fapt ce conditionează mărirea excitabilității și contractilității uterine și mărește sensibilitatea uterului față de substanțele biologice active și hormoni. Drept urmare nașterea evoluează înainte de termen.

Structura anamnezei obstetricale complicate în studiul nostru a fost următoarea: rata cea mai mare a femeilor cu anamneză complicată cu avorturi spontane sau artificiale 55,1% (27 femei) s-a înregistrat în grupul II, comparativ cu grupul III 50% (24 femei) și grupul I 40% (12 femei).

Acest factor indică necesitatea investigării mai minuțioase și unei reabilitări mai adecvate a funcției reproductive la femeile care au suportat întreruperi spontane a sarcinii.

Femeile care au avut în anamneză nașteri înainte de termen există un risc sporit de naștere prematură în sarcinile ulterioare. Dacă prima naștere a fost prematură, atunci riscul de repetare a prematurității crește de 4 ori [2]. Astfel studiind nașterea prematură în antecedente ca factor de risc și totodată cauză anamnestică a nașterii premature observăm că în primul grup ea lipsește, în grupul al II-lea se întâlnește în 6,12% (3 femei) cazuri, iar în grupul III în 10,4% (5 femei) cazuri.

Cauzele care duc la o naștere prematură sunt numeroase și foarte variate, adesea asociindu-se, fiind greu de distins contribuția fiecăreia (Kramer, 1987, Kline et coll, 1989, Lumley, 1993, Berhowitz et Papiernite 1993).

Analizând datele acestui tabel observăm ca în I-ul grup predomina infecția placentei confirmată histologic după naștere (36,7%), corioamnionita (26,7%); în grupul II și III – infecția genitală (14,3%, 22,9%).

Anemia fieriprivă ca patologie hematologică în declanșarea nașterii premature se întâlnește cu o incidență de 16,7% (5 femei) în I-ul grup, în grupul II – 20,4% (10 femei) și grupul III – 31,25% (15 femei). Diferențe statistice semnificative nu se evidentiază ($p > 0.05$); însă observăm că în grupul III a femeilor cu naștere prematură există o variație a anemiei de la gradul I la gradul III, pe când în grupul I se întâlnește doar anemie de gradul I (fig.1). Nu știu dacă am putea spune că există o corelație între vârsta gestațională și gradul anemiei, dar cert e faptul că anemia fierodeficientă gravă duce la prematuritate.

Incidența cauzelor materne a nașterilor premature (abs,%)

Cauze materne	I 22 – 27 sp n=30		II 28 – 33 sp n=49		III 34 – 37 sp n=48	
	Nr. abs.	%	Nr. abs.	%	Nr. abs.	%
a)Infecții la gravide						
- Infecția genitală	3	10	7	14,3	11	22,9
- Endocervicoza	-	-	-	-	1	2,1
- Corioamnionita	8	26,7	5	10,2	2	4,2
- Infecția placentei	11	36,7	5	10,2	-	-
- Purtător CMV, HV	-	-	1	2,04	1	2,1
b)Patologia uterină						
- Insuficiența istmico-cervicală	3	10	1	2,04	2	4,2
- Uter cicatricial	-	-	1	2,04	3	6,25
- Tumori uterine	1	3,3	1	2,04	1	2,1
c)Patologia extragenitală						
- Neuroendocrină	-	-	1	2,04	1	2,1
- cardiovasculară(HTA)	-	-	4	8,2	3	6,25
- hematologică (AF)	5	16,7	10	20,4	15	31,25
- urinară	-	-	1	2,04	1	2,1
d)Factori nocivi (alcool, fumat)	1	3,3	1	2,04	1	2,1

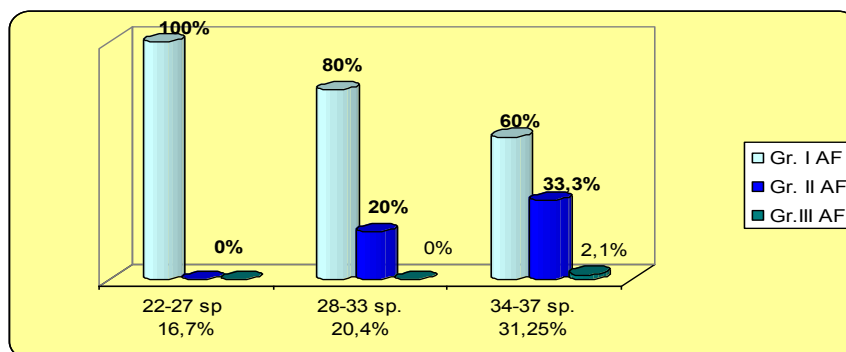


Figura 1. Incidența anemiei fierodeficitare

Incidența cauzelor fetale, anexiale, necunoscute a nașterilor premature (abs,%)

Cauze fetale	I 22 – 27 sp n=30		II 28 – 33 sp n=49		III 34 – 37 sp n=48	
	Nr. abs.	%	Nr. Abs.	%	Nr. abs.	%
a)Anomalii congenitale a fătului	2	6,6	4	8,2	2	4,2
b)RDIU	1	3,3	6	12,2	11	22,9
c)Mort intrauterine	8	26,7	2	4,08	-	-
d)Sarcină multiplă	2	6,6	9	18,37	9	18,75
Anexiale						
a)Polihidroamnios	1	3,3	1	2,04	-	-
b)Oligoamnios	2	6,6	2	4,08	-	-
c)Patologia inserției sau localizării placentei	10	33,3	9	18,37	2	4,2
d)RPPA	10	33,3	28	57,1	28	58,3
Necunoscute	1	3,3	5	10,2	4	8,3

Există o relație doza – răspuns între fumatul abuziv de țigări și evoluția patologică a sarcinii care se manifestă prin prematuritate. În studiul nostru observăm că fumatul ca factor nociv a cauzelor materne a nașterilor premature se întâlnește în proporție de 3,3% (1) în primul grup, 2,04% (1) în grupul II și 2,1% (1) în grupul III.

Analizând tabelul 2 constatăm ca diferențe statistice evidente se decelează între I-ul și al II-lea grup și între I-ul și al III-lea grup în ceea ce privește cauza fetală – mort intrauterin ($p < 0.01$).

Studiind cauzele anexiale observăm că există diferențe statistice esențiale între I-ul și al III-lea grup în ceea ce privește următoarele cauze: patologia inserției și localizării placentei și RPPA ($p < 0.01$). În cazul patologiei și localizării placentei riscul prematurității este de 4 ori mai mare. [3] RPPA variaza de la 33,3% (10 femei) în primul grup, 57,1% (28 femei) în grupul II și 58,3% (28 femei) în grupul III, ceea ce corespunde cu datele din literatură: în structura cauzalității RPPA este de 34,9%-56% (Alger L., Cox S., Olfosson P, Ancel P., 2000, Serbencu A., Mosin V., 2001). De asemenea evidențiem deosebiri între I-ul și al II-lea grup în ceea ce privește RPPA ($p < 0.01$).

Studiind durata perioadei alichidiene observăm că ponderea cea mai mare revine perioadei alichidiene fiziologice mai mici de 18 ore- I-ul grup (73,3%), al II-lea grup (65,3%), al III-lea grup (79,1%), urmat de perioada alichidiana mai mare de 48 ore, I ul grup (9,9%), grupul II (26,54%), grupul III (12,5%), timp necesar pentru administrarea corticosteroizilor și pentru asigurarea transferului in utero.

Dacă travaliu prematur este depistat în deajuns de precoce, nașterea poate fi prevenită sau măcar amânată. Acest lucru va oferi copilului timp suplimentar pentru a crește și se maturiza. Până și câteva zile în plus pot însemna un copil mai sănătos.

Astfel, o analiză a semnelor prodromale sau prevestitoare, care apar cu 1 – 2 zile înainte de apariția manifestărilor clinice prin studierea fișelor pacientelor celor trei grupe arată că tonusul uterin se întâlnește în 46,7% (14 femei) cazuri în I-ul grup, 24,5% (12 femei) în grupul II și 29,2% (14 femei) în grupul III, evidențiind diferențe statistice semnificative între I-ul și al II-lea grup ($p < 0.05$). De asemenea observăm diferențe între I-ul și al III-lea grup în ceea ce privește modificarea consistenței și permeabilității colului uterin, 76,6% (23 femei), respectiv 45,8% (22 femei) ($p < 0.05$) și diferențe evidente între I (53,3%) și II (24,5%) și între I (53,3%) și al III (20,8%) ($p < 0,005$) în ceea ce privește durerile lombare cu iradiere suprapubiană. Celelalte semne se întâlnesc cu o incidență mai mica și diferențe statistice semnificative între grupe nu există ($p > 0.05$). Astfel observăm că eliminările vaginale au prezentat 20% (6) femei în I-ul grup, 14,3% (7) femei în grupul II și 14,6% (7) femei în grupul III.

Fiecare zi de prelungire a sarcinii crește rata de supraviețuire cu 3%. Terapia tocolitică trebuie utilizată rațional, când avantajul în timp oferă posibilitatea aplicării metodelor efective, cum ar fi prolongarea sarcinii nu mai puțin de 48 ore pentru administrarea unei cure de corticosteroizi sau transferul în utero. [2, 3] Astfel studiind efectuarea tratamentului tocolitic s-a înregistrat un procent de 46,7% (14) femei în primul grup, 55,1% (27) femei în grupul II și doar 14,6% (7) femei în grupul III ce au primit tratament tocolitic, evidențiindu-se o diferență statistică semnificativă între I-ul și al III-lea grup ($p < 0.01$) și între al II-lea și al III-lea grup ($p < 0.001$). Incidența maximă de administrare a tratamentului tocolitic se înregistrează în I-ul și al II-lea grup, ceea ce corespunde cu datele din literatură, având eficiență maximă anume la aceste termene de gestație (înainte de 32 săptămâni).

Corticosteroizii administrați parenteral la mamă traversează placenta și determină accelerarea maturării pulmonare fetale. [7] Metaanaliza a 21 de studii randomizate a demonstrat o scădere a ratelor de deces neonatal, detresă respiratorie a nou-născutului, hemoragie intraventriculară, enterocolită ulcero-necrotică și de sepsis neonatal, fără o creștere a riscului de deces, corioamniotită sau sepsis puerperal pentru mamă. [8]

În studiul nostru administrarea dexametazonului s-a înregistrat într-un procent de 76,6% (23) femei în primul grup, 67,3% (33) în grupul II și 25% (12) în al III-lea grup, cu diferențe statistice evidente între I-ul și al III-lea grup și între al II-lea și al III-lea grup ($p < 0.001$).

Obsevăm deci că incidența maximă de administrare a dexametazonului e caracteristică grupului întâi și doi ceea ce corespunde cu indicațiile de administrare a corticosteroizilor, anume termenul de 22 – 34 săptămâni de gestație. Nu există dovezi ale beneficiului administrării corticosteroizilor înainte de 24 săptămâni de amenoree, deoarece la această vârstă gestațională există extrem de puține alveole primitive asupra cărora corticosteroizii să-și exercite acțiunea. [6]

De asemenea nu s-a observat o îmbunătățire semnificativă a prognosticului neonatal după administrarea corticosteroizilor după 34 săptămâni de amenoree și, în plus, riscul teoretic al afectării negative a dezvoltării sistemului nervos central este mai mare la această vârstă gestațională, când se înregistrează o perioadă de activitate mitotică accelerată a celulelor neuronale. [5]

Utilizarea antibioticelor după ruperea membranelor amnionale este asociată cu scăderea semnificativă a corioamniotitei. În plus, s-a constatat ameliorarea și a altor indicatori ai morbidității neonatale: reducerea riscului de infecție neonatală, a consumului de surfactant, a necesității oxigenoterapiei și a numărului de anomalii cerebrale detectate ecografic la externare. [4]

Studiul nostru arată că la 33,3% (10) femei li s-a efectuat terapia cu antibiotice în I-ul grup, la 48,9% (24 femei) în grupul II și la 33,3% (16 femei) în grupul III.

Analizând modalitatea în care s-a realizat nașterea, am constatat că toate gravidele la termen gestațional 22 – 27 săptămâni au născut pe cale vaginală de sinestătător, pe când la termenul 28 – 33 săptămâni numărul nașterilor vaginale a scăzut la 61,2%, iar la termenul 34 – 37 săptămâni la 66,7%. Cu creșterea termenului gestațional crește procentul nașterilor operative: în grupul II – la 38,8%, în grupul III – la 33,3%.

În toate cele trei grupe cele mai multe nașteri s-au declanșat spontan – în 56,7% cazuri în I-ul grup, în 51% în grupul II și 60% cazuri în grupul III.

În 23,3% cazuri – I-ul grup, 6,1% cazuri în grupul II și 0% în grupul III nașterea s-a declanșat prin amniotomie; iar în 20% în I-ul grup, 4,1% - grupul II și 6,3% - grupul III din cazuri a fost necesară administrarea de cytotec.

La 30% cazuri de naștere per via naturalis din primul grup fătul avea prezență pelvină și la 6,6% (2) cazuri din acestea a fost aplicat procedeul Țovianov. Grupul II prezintă următoarele date: prezență pelvină s-a remarcat în 3,3% (1) cazuri de naștere per via naturalis. Grupul III: 6,25% (2) cazuri cu prezență pelvină din nașterile per via naturalis la care li s-a aplicat procedeul Țovianov. Diferențe statistice esențiale se observă între I-ul și al II-lea grup, și între I-ul și al III-lea grup în ceea ce privește nașterea per via naturalis ($p < 0.001$). S-a evidențiat o corelație statistică indirectă între termenul de gestație și procentul modalității nașterii per via naturalis, cu cât termenul de gestație e mai mic cu atât e mai mare procentul de naștere per via naturalis. De asemenea se observă diferențe statistice semnificative între I-ul și al II-lea grup și între I-ul și al III-lea grup în ceea ce privește declanșarea nașterii cu cytotec. Incidența maximă de declanșare a nașterii cu cytotec în prima grupă s-ar explica prin incidența mărită a mortalității antenatale.

Studiind rata operațiilor cezariene observăm în primul grup 0%, în grupul II 78,9% (15) OC au fost urgente și 21,1% (4) – planificate; în grupul III remarcăm 68,75% (11) OC urgente și 31,25% (5) – planificate.

Indicațiile operațiilor cezariene fiind cele de urgență majoră: în 4 cazuri (21%) – preeclampsie severă, 1 caz (5,3%) – uter cicatricial, 6 cazuri (31,6%) – decolare prematură a placentei normal înserate în grupul II și 2 cazuri (12,5%) de uter cicatricial, 1 caz (6,25%) decolare prematură a placentei normal înserate în grupul III. Restul indicațiilor către operația cezariană s-au întâlnit în următoarea proporție: prezența podalică – 10,6% (2 cazuri), poziția transversală a fătului – 26,3% (5 cazuri), dermatoza gravidelor – 5,3% (1 caz), în grupul II; în grupul III: prezența podalică – 37,5% (6 cazuri), poziția transversală a fătului – 6,25% (1 caz), dermatoza gravidelor – 8,75% (3 cazuri), AOC – 12,5% (2 cazuri) și trauma oaselor bazinului – 6,25% (1 caz).

Analizând durata nașterii la primipare și multipare am observat predominarea nașterii fulgerătoare în I-ul grup atât la primipare 50% cât și la multipare 16,4% și nașterea rapidă în grupul II la primipare 22,7% și 25% la multipare.

Studiind rezultatele imediate ale nașterilor premature sub forma scorului Apgar se constată că prematurii obțin scoruri bune (Apgar 8 - 10) doar în 17,5% (10 copii) din cazuri și 3,45% (2 copii) în grupul III și respectiv II.

Scoruri Apgar de 6 - 7 s-au obținut în circa 77,2% (44 copii) din cazuri în grupul III, față de 65,5% (38 copii) în grupul II și 6,25% (2 copii) în primul grup. Scoruri Apgar 5 - 4 în I grup constituie 31,25% (10 copii), 24,15% (14 copii) și 5,3% (3 copii) în grupul II, respectiv III. Scorul 3 - 1 prezintă 21,9% (7 copii), 3,45% (2 copii) și 0% în grupul I, II respectiv III. Scorul 0 - incidența maximă fiind în grupul I de 40,62% (13 copii) față de 3,45% (2 copii) în grupul II.

Astfel observăm că scorurile sever alterate (sub 5) prezintă o incidență maximă în grupul I și II, de asemenea observăm diferențe statistice semnificative între I-ul și al II-lea grup și între I-ul și al III-lea ($p < 0.001$).

Prematuritatea este cunoscută drept cauză principală a mortalității neonatale, producând peste 75% dintre decesele la nou-născuți. Mai mult în studiul nostru peste 75% dintre morți-născuți sunt prematuri, 87,5% (28 copii) decedați în primul grup comparativ cu 12,1% (7 copii) în grupul II și 0% în grupul III. Există o relație cauză - efect între vârsta gestațională și mortalitatea antepartum și intrapartum, precum și mortalitatea neonatală precoce. Astfel observăm că I-ul grup prezintă o incidență mai mare a mortalității perinatale comparativ cu grupul doi și trei ($p < 0.001$).

În cadrul studiului nostru au fost înregistrate 8 cazuri de mortalitate antenatală (28,6%), 5 cazuri - mortalitate intranatală (17,8%) și 15 cazuri de mortalitate neonatală precoce (53,6%) printre nou-născuții cu masă sub 1000 g în primul grup, au viețuit mai mult de 7 zile doar 4 copii (12,5%).

Analizând masa feților în funcție de rezultatele neonatale am constatat că masa nou-născuților care a supraviețuit a constituit în medie $979,5 \text{ g} \pm 26,6$, a celor decedați - $742,5 \text{ g} \pm 103,8$, în primul grup. În grupul doi evidențiem 2 cazuri (28,6%) de copii morți antenatal, 5 cazuri de mortalitate neonatală precoce (8,6%), au viețuit mai mult de 7 zile 51 copii (87,9%); masa lor constituind $1677,6 \text{ g} \pm 276,3$, a celor decedați $1387,6 \text{ g} \pm 307,4$. În grupul III rata celor care a supraviețuit constituie 100% cu masa medie de $2300,3 \text{ g} \pm 274,4$.

Concluzii

1. Cauzele predominante în declanșarea nașterii premature:

a) Grupul I (termenul sarcinii 22-27 sp) - infecția placentei (36,7%), RPPA (33,3%), patologia inserției placentei (33,3%), corioamnionita (26,7%), moartea antenatală a fătului (26,7%), fertilizarea în vitro (13,3%) pe fon de primiparitate (60%), avorturi în anamneza (40%) și anemie fieriprivă (16,7%).

b) Grupul II (termenul sarcinii 28-33 sp) - RPPA (57,1%) cu perioada alichidiană $> 48\text{h}$ (26,5%), patologia inserției placentei (18,37%), sarcina multiplă (18,37%), infecția genitală (14,3%), RDIU (12,2%) pe fon de primiparitate (44,9%), avorturi în anamneză (55,1%) și anemie fieriprivă (20,4%).

c) Grupul III (termenul sarcinii 34 - 37 sp) - RPPA (58,3%), infecția genitală (22,9%), RDIU (22,9%), sarcina multiplă (18,75%) pe fon de primiparitate (50%), avorturi în anamneză (50%) și anemie fieriprivă (31,25%).

2. Semnele prodromale mai evident se constată la gravide din I-ul grup (modificările colului uterin -76,7%, dureri lombare cu iradiere suprapubiană - 53,3%, tonusul uterin - 46,7%) în comparație cu grupul II (55,1%, 24,5% și 24,5%) și grupul III (45,8%, 20,8% și 29,2%). Aceste schimbări prodromale sunt în corelație cu durata nașterii: în I-ul grup nașterea fulgerătoare s-a constatat în 50% la primipare și 16,4% la multipare, respectiv în grupul II s-a constatat nașteri rapide în 22,7% la primipare și 25% la multipare.

3. S-a determinat predominarea profilaxiei distresei respiratorii în primul grup (76,6%), în comparație cu grupul II (67,3%). Terapia tocolitică și antibioticoprofilaxia s-a administrat mai frecvent în grupul II de studiu (55,1%, 48,9%) comparativ cu primul grup (46,6%, 33,3%), ceea ce corespunde cu datele din literatură.

4. S-a evidențiat o corelație indirectă între termenul gestațional și numărul de nașteri vaginale: cu cât termenul de gestație e mai mic cu atât e mai mare procentul nașterii per via naturalis (100% grupul I, 61% grupul II și 66,7% grupul III).

Pe măsura creșterii termenului gestațional crește procentul nașterilor declanșate spontan (56,7% grupul I, 83,3% grupul II, 90,6% grupul III) și descrește numărul nașterilor declanșate medicamentos (20%, 6,7%, 9,4%).

5. S-a constatat o pondere înaltă a mortalității perinatale (87.5%) în primul grup, comparativ cu grupul II (12,1%), iar în grupul III - nici un caz de deces perinatal.

Bibliografie

1. Cleary-Goldman J., Malone F., Vidaver J., Ball R., Nyberg D., Comstock C. Et al., Impact of maternal age on obstetric outcome /Obstet. Gynecol., 2005, V. 105, N. 5 S. 1, p. 983-990.
2. Drife J., Magowan B., Clinical Obstetric and Gynaecology/ Saunders, 2004, p. 291-471.
3. Grella P., Massobrio M., Pecorelli S., Zichella L., Compendio di ginecologia e obstetrica. Terze edizione/Mondurzi editore, 2006, p. 759-767.
4. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 8. Art. No.: CD001058. DOI: 10.1002/14651858.CD001058.pub2.
5. McEvoy, C, Bowling, S, Williamson, K, et al. Timing of antenatal corticosteroids and neonatal pulmonary mechanics. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:895.
6. Moore, KL, Persaud, TVN. The respiratory system. In: The Developing Human, 5th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993; 226.
7. Report on the Consensus Development Conference on the Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, NIH Pub No. 95-3784, November 1994.
8. Roberts D, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004454. DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub2.

ANALIZA RETROSPECTIVĂ A NAȘTERILOR PREMATURE ÎNTRE TERMENII DE GESTAȚIE 22-28 SĂPTĂMÎNI

Aliona Bogdan

Catedra Obstetrică și Ginecologie (FECMF) a USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

The retrospective analysis of the premature deliveries in the terms of gestation 22-28 weeks

This article presents the results obtained during 5 years of analysis of premature births in terms between 22-28 weeks of gestation, indicators of mortality, morbidity and invalidation of children with extremely low birth weight (500-1000g.). The author, relying on data, draws some conclusions aimed at improving perinatal indicators, which over the past five years had no downward trend. One of the main conclusions emerging from the results is the low level of outfit of the perinatal centers with devices and drugs needed for the care of children with extremely low birth weight.