

COMPLICAȚIILE ÎN PERIOADA NEONATALĂ LA COPII NOI-NASCUȚI MATURI (Reviul literaturii)

Diana Șeptichita

(Conducător științific – Natalia Corolcova, dr., conf. univ.)
Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Complications in neonatal period at mature babies

Despite the high achievements in contemporary obstetrics and gynecology mother's intrauterine infections, mother's concomitant pathologies, habitual abortions, antenatal death of child, miscarriages, early gestations and imminent abortions, acute viral respiratory infections, harmful habits of pregnant, source of chronic infection in pregnant or child (chronic pyelonephritis intrauterine infection), anemia in pregnant women, the drugs during pregnancy and many others remain the main cause of neonatal morbidity. Asphyxia in newborns, respiratory distress, ABO incompatibility, bronchopneumonia in newborns, mono and poly organic failure shows indications for monitoring the newborns in intensive therapy section. All these are urgent states of the new babies requiring special care, monitored with an efficient apparatus in sections as intensive therapy.

Rezumat

În pofida realizărilor performante în obstetrică și ginecologie contemporană infecțiile intrauterine ale mamei, patologiile concomitente ale mamei, avorturi habituale, moartea antenatală a fătului, avorturi spontane, gestoze și iminența de avort precoce, infecții respiratorii virale acute, deprinderi nocive ale gestantei, focar de infecție cronică la gravide sau la făt (pielonefrită cronică, infecție intrauterină), anemia gravidelor, primirea medicamentelor în timpul sarcinii și multe altele rămân cauza majoră a morbidității neonatale. Asfizia nou născuților, destres respirator, incompatibilitate de ABO, bronhopneumonie a nou născuților, insuficiența mono și poli organică prezintă indicații pentru monitorizarea nou-născuților în secția de terapie intensivă. Toate acestea reprezintă stări urgente a noi-născuților care necesită o îngrijire specială monitorizată cu un aparataj performant în secția specializată ca terapie intensivă.

Actualitatea

În ultimii ani, țara noastră a dezvoltat un sistem cu trei etape de reanimare și terapie intensivă neonatală, cu un volum definit de măsurile organizatorice și terapeutice necesare în fiecare etapă [8]. În 1997 Jonh P. consideră în lucrarea sa că copiii născuți la termen dar cu una din patologiile (asfizia neonatală, encefalopatie hipoxica-ischemică, incompatibilitate ABO cu icter neonatal, infecții materno-fetale) respective sunt destul de des întâlnite, monitorizarea lor necesită doar o supraveghere intensivă în secția de terapie intensivă. Cauzele fiind foarte diverse în dependență de anamneza mamei pînă la sarcina și în timpul sarcinii copiii se nasc cu patologii diferite începînd cu malformații congenitale și terminînd cu bronhopneumonii.

Monitorizarea mai amănunțită a gravidei în timpul sarcinii pentru a evita situații dificile ca: destresa respiratorie, boala hemolitică a nou-născutului, nou-născut afectat de polihidramnioza, infecție intrauterine, bronhopneumonii bilateral, asfizie la naștere ischemie cerebral, edeme paraventriculare. traumatismul nou-născutului, dereglări de ritm cardiac, soc hypoxic și cardiogen, acidoza mixtă, hepatite cu etiologii diferite, icterul neonatal [1,2,3]. Toate acestea sunt doar cîteva din complicațiile apărute la nou-născut atît în urma nașterii per vias naturalis cît și operații cezariene. Deși mai sunt un șir de complicații sau schimbări aparute în

timpul sarcinilor și/sau nașterilor, care inițial sunt apreciate fiziologice, la diferite etape (fie în sarcină, fie în perioada de dilatare a colului uterin, fie în perioada de expulsie a fătului, sau perioada de delivrență a placentei, sau lăuzia precoce) ele se pot complica cu careva din traumatismele obstetricale ce duc la apariția noilor consecințe dificile pentru noi-nascuți [15,17,24]. Chamberlain confirmă în 2005 că un număr mare de cazuri cu patologii neurologice se întâlnesc și din motivul apariției traumatismului în timpul nașterii. Dar nu în ultimul rând se i-au în considerație și factorii materni ca de exemplu: vîrsta mai tîrîă de 16 ani și/sau peste 40 de ani, acțiunea nocivă a narcoticelor și a alcoolului asupra fătului, diabetul hipertensiunea arterială, hemoragii, anamneza maternal – paritate secundară sau multipară, polihidroamnioza sau oligoamnioza, RPPA și mulți alți factori, care provoacă complicații la nou-nascuți ca destresul respirator, asfixie perinatală, cordonul împrejurul gîtului, encefalopatii hypoxic-ischemic și altele.

Una din cauze este asfixia perinatală care este un sindrom ce cuprinde totalitatea suferințelor ce reprezintă rezultatul hipoxiei sau/și ischemiei asociate cu acidoza lactică tisulară, însoțită sau nu de hipercapnie; acestea pot conduce la encefalopatie hipoxic-ischemică ca urmare a deprivării țesutului cerebral de oxigen sau scăderii fluxului sanguin cerebral sau ambele [25,31].

Asfixia perinatală se complică cu leziuni hipoxic-ischemice cardiace, renale, digestive, neurologice și respiratorii reprezentând cea mai importantă cauză de morbiditate și mortalitate perinatală la nou-nascutul la termen și prematur. Recunoașterea asfixiei perinatale a fost definită mult timp după valoarea scorului Apgar și lipsa instalării respirației în primele două minute de la expulzia capului, dar acest criteriu nu poate fi corelat cu asfixia deoarece lipsa instalării respirației și un scor Apgar sub 7 pot fi date de o serie de alte cauze. Asfixia se definește indirect cu ajutorul a 4 parametrii: pH-ul din sângele din cordon < 7, Apgar 3 la 1 minut care se menține sub 3 la 5 și 10 minute, semne de encefalopatie hipoxic-ischemică (tulburări de tonus și reflexe) și modificări la nivelul altor organe (cord, rinichi, ficat, intestine [1,2,3,20]. Pe linga asfixia perinatală o importanță deosebită prezintă și icterul neonatal ce se întâlnește destul de des în practica medicală [2.3].

Icterul este una dintre condițiile cele mai comune care necesită atenție medicală în nou-născuți. Aproximativ 60% din termen și 80% dintre prematuri copii icter în prima săptămână de viață, și aproximativ 10% din copiii alăptați sunt încă icter la 1 lună. În cele mai multe copii cu icter there este nici o boală de bază, iar acest icter precoce (numit "icter fiziologic") este, în general, inofensiv [4,16,18]. Cu toate acestea, există cauze patologice de icter la nou-născuți, care, deși rare, trebuie să fie detectat. O astfel de icter patologic poate co-exista cu icter fiziologic [19,23,27]. Neonatal icter se referă la colorația galbenă a pielii și sclera (a albului ochilor) a nou-născuților, care rezultă din acumularea de bilirubina în pielea și mucoasele. Aceasta este asociată cu un nivel ridicat de bilirubină în circulație, o condiție cunoscută sub numele de hiperbilirubinemie. Icter poate avea, de asemenea, alte, non-fiziologice, cauze, inclusiv incompatibilitate grupa sanguină (cel mai frecvent Rhesus sau incompatibilitate ABO), alte cauze de hemoliză, sepsis, tulburări de vînatăi și metabolice [30,32,33]. Cum menționează John P. în lucrarea sa că o importanță foarte mare mai are și incompatibilitatea de grup care reprezintă cauza cea mai frecventă de apariție a anemiei hemolitice la nou-născut. Din totalul fetilor, aproximativ 20-25% prezintă incompatibilitate în sistemul ABO; din fericire numai o mică parte prezintă expresie clinică – anemie hemolitică a nou-născutului, iar atunci când aceasta există forma este una ușoară exprimându-se printr-o anemie ușoară și apariția unui icter neonatal, afecțiuni ce se remit de cele mai multe ori prin simpla fototerapie [14,18,21,22].

Trebuie menționat faptul că nu este necesară investigarea incompatibilității de grup (sistemul ABO); acest lucru se datorează gradului mic de anemie pe care îl poate determina această patologie; simplă monitorizare neonatală la sarcinile ce prezintă această incompatibilitate este suficientă – poate apărea hiperbilirubinemia. Sindromul Gilbert și sindrom Crigler-Najjar sunt cauze rare de nou-născuți icter și sunt cauzate de probleme ale enzimelor hepatice. Deficiență a unei anumite enzime, glucozo-6-fosfat (G6PD), poate provoca icter neonatal severă.

Deficit de G6PD este mai frecventă la anumite grupuri etnice și este familială. Obstrucție congenitală și malformații ale sistemului biliar, cum ar fi atrezie biliară, provocă un icter obstructiv cu hiperbilirubinemie conjugată. Această condiție are nevoie de investigații de specialitate și tratament chirurgical precoce, de preferință înainte de 8 săptămâni de viață [12,13,14,17,30]. Diagnosticul anemiei hemolitice datorate incompatibilității de grup se face pe baza următoarelor criterii: mama prezintă grupul de sange O și implicit anticorpii anti A și anti B iar fătul prezintă grupul de sânge A, B sau AB (acest lucru se întâmplă atunci când procreatorul; tatăl; prezintă una dintre aceste grupe de sange); instalarea icterului neonatal în primele 24 de ore de la naștere; au fost excluse alte cauze de anemie hemolitică; prezența anemiei de diverse grade – la nou-născut [4,26,28,29].

În conformitate cu datele lui V. Popescu encefalopatia hipoxic-ischemică este una dintre cele mai frecvente leziuni cerebrale din perioada neonatală și cea mai comună cauză de handicap neurologic. Encefalopatia hipoxic-ischemică reprezintă o varietate de entități clinice care au în comun o scădere a oxigenului destinat creierului și se definește prin leziuni neurologice apărute la nou-născut ca urmare a hipoxiei și ischemiei cerebrale secundare suferinței fetale cronice sau acute.

Incidența insultei hipoxic-ischemice la nou-născut este de 2-4 % [5,6,7]. Incidența este mai mare la nou-născutul prematur care prezintă un risc major de leziuni hipoxic-ischemice datorită instabilității cardio-pulmonare, autoreglării labile a fluxului sangvin cerebral, frecvenței crescute a sepsisului și a tulburărilor metabolice. Insulta hipoxic-ischemică se produce în cea mai mare parte antepartum sau intrapartum, iar leziunile neurologice pe termen lung cum este paralizia cerebrală pot fi asociate în proporție de 10-15% cu insulta hipoxic-ischemică intrapartum. În etiologia bolii sunt incriminați 3 tipuri de factori: factori antepartum, factori intrapartum și factori neonatali. Din categoria factorilor antepartum amintim: *toxemie gravidică*, diabet zaharat matern, afecțiuni obstetricale specifice - col incompetent, placenta praevia, *abruptio placentae*, polihidramnios. Factori intrapartum pot fi următorii: prezentații anormale, travaliu prelungit. Factorii neonatali sunt: prematuritatea, sindromul de detresă respiratorie idiopatică, anomalii cardiopulmonare, boli infecțioase, boli hemolitice, convulsii, alcaloza ventilatorie [6,8,29].

Nou-născutul prezintă o susceptibilitate crescută la infecții, în special nou-născutul cu greutate mai mică de 2.000 g sau nou-născutul cu altă patologie internă în secțiile de terapie intensivă. Nou-născutul cu greutate mică prezintă susceptibilitate crescută la infecții deoarece toate componentele sistemului imunitar sunt deficitare, comparativ cu sugarii sau adulții, iar severitatea acestor deficiențe crește pe măsura ce vârsta gestatională este mai mică. În secțiile de nou-născuți se îngrijesc nou-născuții la termen, îngrijirea acestora trebuind să se facă pe o perioadă scurtă de spitalizare, sub 72 de ore și chiar sub 24 ore, în epoca îngrijirilor actuale [6,33]. De aceea, nou-născutul la termen va prezenta rar infecții în cursul spitalizării, sub 1% din cazuri, și acestea pot să nu se manifeste la externare, fiind dificilă supravegherea lor ulterioară. Infecțiile materno-fetale sunt infecțiile ce apar la nou-născut sub 48 ore de viață. Transmiterea se face: transplacentar-infecții intrauterine, sindrom TORCH; în timpul travaliului și delivrării-infecții perinatale și infecții intrapartum. După cum redactează Chamberlain [9,10] aceste infecții pot apărea de la mama, de la flora și echipamentele de spital și personalul de îngrijire. Sunt infecții cu debut precoce, uneori chiar de la naștere, cel mai frecvent sub 3 zile. Modul de transmitere poate fi în timpul travaliului și al nașterii prin trecerea prin filiera pelvigenitală.

Factori de risc sunt: corioamniotita; membrane rupte peste 18 ore; febra maternă peste 38°C; colonizare vaginală cu streptococ de grup B sau cu BGN; bacteriurie cu streptococ de grup B; infecții urogenitale; nașterea prematură; gestații multiple. Infecțiile perinatale pot fi localizate sau generalizate. Aproximativ 15% din pneumonii și infecții sistemice sunt transmise de la mama și se asociază cu o mortalitate neonatală crescută [2,7,13]. Incidența este variabilă: 12-14% la nou-născutul la termen, 21-26% la prematuri [8,9,10].

Transmiterea se face de la mama la nou-nascut, în cursul nașterii sau rar în secțiile de nou-nascuți, de la personalul de îngrijire colonizat, probabil prin mâinile contaminate. Sindromul de detresa respiratorie a nou-nascutului reprezintă o problema respiratorie care apare după naștere, datorită perturbării funcției pulmonare. Factorii de risc ai sindromului de detresa respiratorie sunt asfizia și nașterea prematură, corelată cu dezvoltarea insuficientă a plămânilor.

O cauza mai puțin comună o reprezintă sindromul Kartagener. Aproximativ 60% [11,12] din nou-născuții prematur (mai puțin de 30 de săptămâni de sarcină) dezvoltă sindromul de detresa respiratorie, care reprezintă cauza cea mai frecventă de deces în rândul nou-născuților. Sindromul de detresa respiratorie a nou-nascutului are la bază, de cele mai multe ori, incapacitatea plămânilor de a expanda suficient și de a asigura schimbul gazos, datorită lipsei de surfactant [3,14,26,32].

În cazul asfiei perinatale, hipoxia induce (prin acidoza) constricția arteriilor pulmonare. Hipertensiunea pulmonară determină un shunt cardiac drept, care complică și mai mult hipertensiunea inițială. Suplimentar, poate să apară o aspirație de meconiu. Nașterea prematură se asociază cu lipsa absolută de surfactant, deoarece acesta este produs de pneumocitele de tip II în ultimele săptămâni de sarcină, odată cu maturizarea pulmonară și atinge funcționalitatea maximă în săptămâna 35. În lipsa surfactantului, care limitează tensiunea superficială la nivelul alveolelor, plămânii colabează după faza expiratorie (microatelectazii) și nu mai pot expanda suficient. Lipsa surfactantului se poate complica prin trecerea proteinelor plasmatice din capilare în alveole, care se acoperă de membrane hialine. Hipoxia astfel apărută provoacă, similar asfiei, un lanț de reacții cu acidoza, hipertensiune pulmonară și agravarea hipoxiei inițiale [12,13,14].

Concluzii

Analizând datele literaturii referitoare la actualitățile ce țin de complicațiile în perioada neonatală la copii noi-nascuți maturi, cât și despre evaluarea și ierarhizarea factorilor de risc ce duc la apariția lor, considerăm drept factor primordial verificarea și monitorizarea gravidelor mai detaliată pentru evitarea lor. Odată cu modificarea biocenozei căilor de naștere, anamneșticului ginecologic al mamei mai complicat, utilizarea irațională a preparatelor medicamentoase, rata complicațiilor în perioada neonatală la copii noi-nascuți mature a crescut intensiv. S-a dovedit că un șir de factori de risc independent în cadrul apariției infecției în timpul sarcinii sau după naștere, concomitent cu alți factori de risc prezenți la copil – prezintă un prognostic sever ce necesită monitorizare în secție de terapie intensivă.

Bibliografie

1. Agenda medicala 2000, Ed. Medicala, Bucuresti, 2000.
2. Atemnotsyndrom des Neugeborenen- http://flexikon.doccheck.com/Atemnotsyndrom_des_Neugeborenen
3. Acute respiratory distress syndrome http://flexikon.doccheck.com/Acute_respiratory_distress_syndrome
4. Academia Americana de Pediatrie Subcomisiei pentru Hiperbilirubinemie. Managementul hiperbilirubinemie la copiii de 35 sau mai multe săptămâni de gestație. *Pediatrie*. 2004, 114. (1) :297-316 [a se vedea comentariu] [erată apare în *Pediatrie*. Octombrie 2004, 114 (4): 1138] [PubMed]
5. Agarwal R, M Kaushal, Aggarwal R, și colab. Hiperbilirubinemia neonatală precoce cu prima zi ser bilirubinei. *Indian Pediatrie*. 2002, 39. (8) :724-30 [PubMed]
6. Alpay F, Sarici SU, Tosuncuk HD și altele. Valoarea primei de măsurare zi bilirubinei în estimarea dezvoltarea de hiperbilirubinemie semnificativ la nou-nascuți pe termen sanatoase. *Pediatrie*. 2000, 106 (2). E16 [PubMed]
7. Beal AC, Chou SC, Palmer RH, și colab. Schimbarea la față a Race: Factorii de risc pentru hiperbilirubinemie neonatală. *Pediatrie* 2006; 117. (5) :1618-25 [PubMed]

8. Bhutani VK, Johnson L. Icter nuclear în Prematurii de îngrijire pentru sugari pe termen sanatosi. Seminarii în Perinatologie. 2006, 30 (2) :89-97. [PubMed]
9. Boo NY, Oakes M, MS Lye et al. Factorii de risc asociate cu pierderea auzului la nou-nascuti pe termen lung cu hiperbilirubinemie. Journal of Tropical Pediatrics. 1994, 40. (4) :194-7 [PubMed]
10. Carbonell X, Botet F, J Figueras colab. Predicția de hiperbilirubinemie la copiii termen sanatosi. ACTA Paediatrica. 2001; 90. (2) :166-70 [PubMed]
11. Chamberlain N. Infections of the Fetus and Newborn Infant (Congenital and Perinatal infections) - www.k.com.edu/faculty; 4/6/2005.
12. Dr.Gabriel Mitroi Copyright 2011 Dr.Gabriel Mitroi/powered by Word Press Web site de Aries Network.
13. Dumitru I. Infectia în obstetrica - Ed. Medicala, 1979, Cap. 1, 7, 8, 9
14. Institutul National pentru Sanatate si Clinic de Excelenta. principiile de conducere în anul 2006. Londra: NICE, 2006.
15. Guyatt GH, Sackett DL, Cook a DJ. Ghidul utilizatorilor la literatura medicala. II. Cum de a folosi un articol despre terapie sau de prevenire. A. Sunt rezultatele studiului valabil? Medicina bazata pe dovezi Grupului de lucru. JAMA: Journal of American Medical Association 1993; 270. (21) :2598-601 [PubMed] Grupului de lucru. JAMA: Journal of American Medical Association. 1994, 271 (1) :59-63. [PubMed]
16. Gail R, Seidman DS, Dollberg S, et al. Epidemiologie de icter neonatal în populația din Ierusalim. Jurnalul de Gastroenterologie Pediatrica si Nutritie. 1990, 10 (1) :82-6. [PubMed]
17. Heren R, bhutani VK, Luan X, si altele. Identificarea nou-nascuti cu risc de hiperbilirubinemie semnificative:. O comparație a două abordări recomandate. Arhivele de boala in copilarie 2005; 90. (4) :415-21 [PMC articol gratuit] [PubMed]
18. John P.Cloherly MD,Ann R Stark MD-Manual of neonatal care fourth edition 1997
19. Jaeschke R, G Guyatt, Sackett DL. Ghidul utilizatorilor la literatura medicala. III. Cum de a folosi un articol despre un test de diagnostic. A. Sunt rezultatele studiului valabil? Medicina bazata pe dovezi lucru gruppy.JAMA: Journal of American Medical Association 1994; 271. (5) :389-91 [PubMed]
20. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. Ghidul utilizatorilor la literatura medicala. III. Cum de a folosi un articol despre un test de diagnostic. B. Care sunt rezultatele și să mă ele ajuta la îngrijirea pacienților mei? Medicina bazata pe dovezi Grupului de lucru. JAMA: Journal of American Medical Association 1994; 271. (9) :703-7 [PubMed]
21. Keren R, Luan X, Friedman S, et al. Comparație de strategii alternative de evaluare a riscurilor pentru estimarea hiperbilirubinemie neonatala semnificativ în sugari pe termen lung și pe termen scurt. Pediatrie. 2008, 121 (1). E170-E179 [PubMed]
22. Khoury MJ, Calle EE, Joesoef RM. Riscul de reaparitie a hiperbilirubinemiei neonatale în frați. Jurnalul American de Boli la copii. 1988, 142. (10) :1065-9 [PubMed]
23. Kuzniewicz MW, GJ Escobar, Wi S, et al. Factorii de risc pentru hiperbilirubinemie severă la nou-născuții cu un nivel limită bilirubina. Un studiu de caz-control. Jurnalul de Pediatrie 2008; 153. (2) :234-40 [PMC articol gratuit] [PubMed]
24. Maisels MJ, DeRidder JM, Kring EA. Măsurătorile de rutină transcutanate bilirubinei, combinate cu factori de risc clinici îmbunătăți predicție a hiperbilirubinemiei ulterioare. Jurnalul de Perinatology. 2009, 29 :612-7. [PubMed]
25. M.J.N.L. Benders, A.F.Bos, F.Groenendal M.C Toet,M Rijken, c.m Rademaker.F Van Bet-Short-Term Effects of Neonatal Alloporinol(ALLO) Treatment on Post-Hypoxic-Ischemic (HI) Reperfusion Damage to the Brain in the Newborn. An Interim Analysis, PAS Meeting 2005.
26. NHS executiv clinică: Utilizarea clinica pentru a imbunatati ingrijirea pacientului în NHS.Londone: HMSO, 1996.

27. Newman TB, Xiong B, Gonzales VM și colab. Predicție și prevenire a hiperbilirubinemiei neonatale extremă într-o organizație matură întreținere de sănătate. *Arhivele de Pediatrie și Adolescentului Medicina*. 2000, 154. (11) :1140-7 [PubMed].
28. Newman TB, Liljestrand P, Escobar GJ. Icter observat în primele 24 de ore după naștere într-o organizație de îngrijire a reusit. *Arhivele de Pediatrie și Adolescentului Medicina*. 2002, 156 (12) :1244-50. [PubMed].
29. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Ghid de utilizare literatura medicala. . I. Cum de a începe JA Rennie JM, Seghal, De, și colab. Gama de practica din Marea Britanie cu privire la pragurile pentru fototerapie și transfuzia de schimb în hiperbilirubinemie neonatala. *Arhivele de boala în copilărie fetale și neonatale Edition*. 2009, 94.: F323-F327 [PubMed] *Journal of American Medical Association* 1993, 270 (17) :2093-5. [PubMed]
30. Sheldon B. Korones, M.D., Henrietta S. Bada-Ellzey, M.D.- Neonatal decision making, 1999.
31. Seidman DS, Ergaz Z, I-pass, și altele. Estimarea riscului de icter la nou-născuți sănătoși la termen: Studiu prospectiv pe baza de populație. *Jurnalul de Perinatologie*, 1999; 19. (8 Pt 1) :564-7 [PubMed].
32. Turkel SB, Guttenberg ME, Moynes DR et al. Lipsa unor factori de risc identificabili pentru zheltuhi. *Pediatriya nucleară*. 1980; 66. (4) :502-6 [PubMed].
33. Popescu V. "Neurologie pediatrică" VOL 1, Ed. TEORA, București 2001.

INCOMPATIBILITATEA MATERNO-FETALĂ DUPĂ FACTORUL Rh

Andrei Slivciuc, Gheorghe Găină, Corina Iliadi-Tulbure

(Conducător științific – Constantin Ostrofeț, dr., conf.univ.)

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Materno-fetal Rh incompatibility

Materno-fetal Rh incompatibility represents an important issue influencing the evolution of gestation, fetal and newborn state. An important moment in these situations is the diagnosis of isoimmunization during pregnancy, to decide individual management and prenatal care. The present study was conducted on a total of 247 cases, the influence of Rh materno-fetal incompatibility on perinatal outcomes being assessed. Our results indicate that the most common complications during pregnancy in Rh negative women included miscarriage, pregnancy induced hypertension, exacerbation of somatic pathology, Rh-isoimmunization occurring more frequently in pregnant women with a history of spontaneous or medical abortions, premature deliveries, perinatal death.

Rezumat

Incompatibilitatea materno-fetală după factorul Rh constituie o problemă importantă, ce influențează evoluția sarcinii și starea fătului și nou-născutului. Un moment important în situațiile date, este diagnosticarea izoimunizării pe parcursul gestației, pentru a decide conduita individualizată. Studiul a fost efectuat asupra unui număr de 247 cazuri, fiind apreciată influența incompatibilității materno-fetale după factorul Rh asupra evoluției sarcinii și rezultatelor perinatale. Rezultatele noastre indică faptul, că incompatibilitatea materno-fetală după factorul Rh influențează evoluția sarcinii prin manifestarea iminenței de întrerupere, asocierea stărilor hipertensive, acutizarea patologiei somatice, izoimunizarea survenind frecvent la gestantele cu anamneza obstetricală complicată (avort spontan și/sau medical, naștere prematură, deces perinatal etc.).