

¹Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Zakład Propedeutyki Położnictwa Katedry Zdrowia Kobiety
School of Health Sciences in Katowice,
Medical University of Silesia, Katowice, Poland,
Department of Propaedeutics of Obstetrics

²Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Zakład Profilaktyki Chorób Kobięcych i Seksuologii
Katedry Zdrowia Kobiety
School of Health Sciences in Katowice,
Medical University of Silesia, Katowice, Poland,
Department of Gynaecological Diseases Prevention and Sexuology

³Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski
Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Oddział Kliniczny Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej
Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii
School of Medicine with the Division of Dentistry in Zabrze,
Medical University of Silesia, Katowice, Poland,
Department of Congenital Heart Defects and Children's Cardiology

IWONA GAŁĄZKA¹, KATARZYNA MYNARSKA¹,
MARTA MAJCHRZAK¹, IZABELA MEŻYK², BEATA PODSIADŁO¹,
BOGUSŁAWA SERZYSKO³, VIOLETTA SKRZYPULEC-PLINTA²

Diagnostyka i terapia porodu przedwczesnego

Diagnosis and therapy premature birth

Słowa kluczowe: ciąża, poród przedwczesny, wcześniactwo

Key words: pregnancy, preterm delivery, prematurity

Wieloczynnikowa etiologia, różnorodne objawy i niejednolite kryteria utrudniają wczesne rozpoznanie i optymalne leczenie porodu przedwczesnego [1].

Poród przedwczesny coraz częściej uważany jest jako rodzaj zespołu chorobowego składającego się z szeregu czynników biorących udział w patogenezie. Poszczególne czynniki takie jak infekcje w ciąży, niewydolność szyjki macicy, poród przedwczesny w przeszłości, poronienia, ciąża bliźniacza, przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego, czynniki łożyskowe, płodowe i inne czynniki położniczo - ginekologiczne mają kluczowy wpływ na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego. Istotną rolę odgrywają ponadto czynniki socjoekonomiczne, demograficzne, a także wiek pacjentki. Zbyt młody wiek matki, rasa, używki znacząco podwyższają ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego [9, 10, 11, 13].

Postęp farmakologii jaki obserwujemy w ostatnim czasie znacząco zwiększa szanse na zahamowanie porodu przedwczesnego i kontynuowanie ciąży, niemniej jednak w dalszym ciągu oscyluje między zwolennikami i przeciwnikami takiej formy terapii. Zarówno w piśmiennictwie, jak i w codziennej praktyce lekarskiej obserwuje się znaczną indywidualizację stosowanych metod terapeutycznych. Właściwe postępowanie jest odzwierciedleniem wieloczynnikowej etiologii porodu przedwczesnego. Problematyka dotycząca optymalizacji postępowania leczniczego w tym powikłaniu opiera się na kilku głównych zagadnieniach. Należą do nich – hamowanie czynności skurczowej mięśnia macicy, stymulacja dojrzewania płuc płodu, sposób ukończenia ciąży w momencie zagrożenia porodem przedwczesnym oraz postępowanie z wcześniakiem [2, 7, 12, 13].

Omawiając znaczenie porodu przedwczesnego i jego etiopatogenezę warto zwrócić uwagę na problem wcześniactwa i wszystkich powikłań związanych z tym okresem [9].

Mimo znaczącego postępu w diagnostyce i leczeniu aż 70-90% zgonów występuje wśród noworodków i niemowląt przedwcześnie urodzonych, dlatego wcześniactwo wciąż jest jednym z wyzwań klinicznych współczesnej medycyny. Wcześniactwo nie jest problemem wyłącznie medycznym. Dotyczy także szeroko rozumianej sfery socjoekonomicznej, dlatego poprawa warunków socjalnych i wzrost statusu ekonomicznego w każdym społeczeństwie może przyczynić się do zmniejszenia częstości występowania wcześniactwa i jego następstw. Każdy wcześniak w mniejszym bądź większym stopniu jest nieprzystosowany do życia, występują u niego zaburzenia adaptacyjne oraz zaburzenia oddychania. Mogą również wystąpić zakażenia, urazy, krwawienia wewnątrzczaszkowe, zapalenia spojówek, a także występująca bardzo często hiperbilirubinemia. W późniejszym okresie życia konsekwencją wcześniactwa mogą być zaburzenia psychoruchowe, intelektualne, a także silne powikłania jak porażenie mózgowe czy zaburzenia wzrokowo – słuchowe [2, 8, 15].

Celem pracy była ocena czynników wpływających na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego, ze szczególnym uwzględnieniem:

- oceny wpływu przebytych chorób matki w czasie ciąży na wystąpienie porodu przedwczesnego,
- oceny wpływu przeszłości położniczej na wystąpienie porodu przedwczesnego,
- oceny wpływu porodu przedwczesnego na dobrostan noworodka.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto grupę 90 ciężarnych hospitalizowanych w Prywatnym Szpitalu Położniczo-Ginekologicznym w Katowicach. Zebranie informacji na temat diagnostyki i terapii porodu przedwczesnego umożliwiło stworzenie autorskiego kwestionariusza ankiety.

Analizę przeprowadzono na podstawie danych uzyskanych z karty położniczej, historii rozwoju noworodka, a także książki oddziału noworodkowego. We wszystkich analizowanych przypadkach przyczyną przyjęcia na oddział było rozpoznanie zagrożającego porodu przedwczesnego. Badaną grupę ciężarnych analizowano w oparciu o następujące dane: wiek matki, wykształcenie, warunki socjoekonomiczne, miejsce zamieszkania, stan cywilny. W badaniu uwzględniono również dane z wywiadu położniczego: wiek ciążowy w dniu przyjęcia, numer kolejny ciąży, obecność w wywiadzie przebytych chorób w czasie ciąży, poronień lub ich brak, przyczynę przyjęcia na oddział, powikłania w drugiej połowie ciąży, badania diagnostyczne wykonane w oparciu o zagrożenie porodem przedwczesnym, rozwiązanie porodu.

W ocenie grupy pacjentek zwrócono uwagę również na dane dotyczące stanu ogólnego noworodka po przebytych porodzie. Analizowano masę urodzeniową, punktację w skali Apgar oraz czynności diagnostyczne wykonane po porodzie.

WYNIKI

Tabela I. Wiek pacjentki

Przedział wiekowy	n	%
19-25	14	15,6
25-30	32	35,6
30-35	44	48,8
ogółem	90	100

Pacjentki biorące udział w badaniu podzielono na 3 grupy wiekowe. Pomiędzy 19-25 rokiem życia, 25-30 rokiem życia i 30-35 rokiem życia. Na podstawie uzyskanych wyników – 15,6% stanowiły respondentki w przedziale wiekowym pomiędzy 19 a 25 r. ż., 35,6% to ciężarne w przedziale wiekowym pomiędzy 25 a 30 r. ż., 48,8% stanowiły ciężarne pomiędzy 30 a 35 r. ż.

Tabela II. Wykształcenie

Wykształcenie	n	%
wyższe	49	54,44
średnie	32	35,56
zawodowe	9	10
podstawowe	0	0
ogółem	90	100

Dane zawarte w tabeli wskazują, że zdecydowana większość badanych - 54% posiadała wykształcenie wyższe, 36% respondentek deklarowało wykształcenie średnie, natomiast 10% ankietowanych posiadało wykształcenie zawodowe.

Tabela III. Warunki socjalno-ekonomiczne

Warunki socjalno- ekonomiczne	n	%
bardzo dobre	50	55,6
dobre	30	33,3
wystarczające	10	11,1
złe	0	0
ogółem	90	100

Przeprowadzone badania wskazują, że spośród 90 pacjentek najczęściej, czyli 55,6% posiadało bardzo dobre warunki socjalno-ekonomiczne, 33,3% wystarczające. Natomiast 10 spośród 90 pacjentek (11,1%) określało swoje warunki socjalno-ekonomiczne jako wystarczające.

Wszystkie spośród badanych pacjentek (100%) stanowiły mieszkanki aglomeracji miejskich.

Stan cywilny badanych przedstawiał się następująco: 82,2% stanowiły mężatki, 17,8% - panny.

Tabela IV. Cięża a poród

Cięża a poród	n	%
ilość porodów przedwczesnych	84	93,3
pozostałe pacjentki	6	6,7
ilość ciąż ogółem	90	100

Analizując ilość wszystkich przyjętych pacjentek (n=90) z powodu wystąpienia zagrażającego porodu przedwczesnego z badań wynika, że zdecydowana większość (93,3%) to kobiety, które urodziły przedwcześnie, a pozostałe 6,7% kobiet zostało wypisanych do domu po zastosowaniu leczenia tokolitycznego i zahamowaniu akcji skurczowej mięśnia macicy.

Tabela V. Tydzień ciąży

tydzień ciąży	n	%
28	1	1,1
30	1	1,1
32	1	1,1
33	2	2,2
34	9	10
35	12	13,3
36	28	31,2
37	36	40
ogółem	90	100

Analizując dane dotyczące czasu trwania ciąży, najczęściej porodów (40%) odbywało się w 37 tygodniu, następnie w 36 (31,2%), liczba porodów w 35 i 34 tygodniu oscyluje w przedziale 10 – 13,3%. Tygodnie 33-28 to poniżej 2,2% badanych pacjentek.

Tabela VI. Choroby przebyte w czasie ciąży

Rodzaj choroby	n	%
Zakażenie dróg moczowych	29	32,5
Cukrzyca	1	1,3
Niedokrwistość	2	2,3
Cukrzyca ciążowa	1	1,3
Nadczynność tarczycy	1	1,3
Plamienie/krwawienie	3	3,3
Toksoplazmoza	1	1,3
Zagrożenie poronieniem	3	3,4
PIH	4	5,0
Hyperprolaktynemia	1	1,3
Stan zapalny pochwy	31	34,6
Nie podaje	11	12,4
Ogółem	90	100

Z analizy danych wynika, iż najliczniejszą grupę stanowiły kobiety z rozpoznany stanem zapalnym pochwy - 34,6% badanych kobiet, zakażenie dróg moczowych zdiagnozowano u 32, 5% ciężarnych, 12,4% badanych nie podaje chorób przebytych w czasie ciąży. PIH rozpoznano wśród 5,0% ankietowanych, toksoplazmozę u 1,3% kobiet, niedokrwistość wśród 2,3% kobiet, zagrożenie poronieniem deklarowało 3,4% ankietowanych kobiet.

Tabela VII. Poronienia

Tydzień Poronienia	n	%
Hbd 8-10	6	33,3
Hbd 11-13	10	55,6
Hbd 15-20	2	11,1
ogółem	18	100

Badania wykazały, iż w 55,6% przypadkach poronienie wystąpiło pomiędzy 11-13 tygodniem ciąży, wśród 33,3% kobiet poronienie wystąpiło pomiędzy 8 - 10 tygodniem ciąży, a u 11,1% ankietowanych kobiet pomiędzy 15 - 20 tygodniem ciąży. W badanej grupie kobiet 18 ciąż zakończyło się niepowodzeniem położniczym - poronieniem.

Tabela VIII. Ilość poronień względem ciąż

Poronienia	n	%
ilość poronień	18	13,7
ilość ciąż ogółem	131	100

Badaniem objęto 131 ciąż, z czego 18 z nich (13,7%) zakończyło się poronieniem.

Tabela X. Przyczyna przyjęcia na oddział

Przyczyna	n	%
rozpoczęcie akcji skurczowej	40	44,4
odpłynięcie płynu owodniowego	43	47,8
plamienie/krwawienie z dróg rodnych	3	3,3
skrócenie i zgładzenie szyjki macicy	4	4,4
ogółem	90	100

W badaniu wykazano, iż najczęstszą przyczyną z jaką kobiety zgłaszały się na oddział było odpłynięcie płynu owodniowego (47,8%), kolejnym powodem było rozpoczęcie akcji skurczowej (44,4%). Spośród 90 pacjentek u 4 zaobserwowano skrócenie i zgładzenie szyjki macicy (4,4%), a u pozostałych 3 - plamienia z dróg rodnych (3,3%).

Tabela XI. Powikłania w drugiej połowie ciąży (od 20 Hbd)

Powikłania drugiej połowy ciąży	n	%
krwawienia	3	3,3
łożysko przodujące	0	0
wielowodzie	0	0
zakażenie dróg moczowych	29	32,2
stan zapalny pochwy	31	34,4
PIH	2	2,2
nie podaje	22	24,4
inne	3	3,3
ogółem	90	100

Na podstawie przeprowadzonego badania do najczęstszych powikłań u kobiet w drugiej połowie ciąży zalicza się stan zapalny pochwy (34,4%) wywołany przez *Enterococcus*, *Streptococcus* oraz *Candida albicans*, zakażenie dróg moczowych u 32,2% badanych. Rzadszymi powikłaniami były krwawienia wśród 3,3% ankietowanych, PIH - 2,2%, inne u 3,3% badanej grupy kobiet. Wśród 24,4% kobiet nie wystąpiły powikłania .

Tabela XII. Skala Apgar

Skala Apgar	n	%
dobry (7-10pkt)	77	91,7
średni (4-6pkt)	6	7,1
zły (0-3pkt)	1	1,2
ogółem	84	100

Z danych zawartych w tabeli dotyczącej skali Apgar wynika że, 91,7% noworodków otrzymało ocenę dobrą (7-10 pkt.), 7,2% otrzymało ocenę średnią (4-6 pkt) natomiast 1,2% noworodków otrzymało ocenę złą (0-3 pkt) wg skali Apgar.

Tabela XIII. Rozpoznanie kliniczne

Rozpoznanie kliniczne	n	%
hiperbilirubinemia	15	17,9
zaburzenia adaptacyjne	24	28,6
zaburzenia oddychania	30	45,7
niewydolność oddechowa	1	1,2
zapalenie spojówek	3	3,6
bez zastrzeżeń	20	23,8
ogółem	84	100

Na podstawie wyników badań dotyczących diagnozy klinicznej można stwierdzić, iż najczęściej rozpoznanych było związanych z zaburzeniami oddychania – dotyczyło to 45,7% noworodków, zaburzenia adaptacyjne stwierdzono w 28,6% przypadków, hiperbilirubinemia wystąpiła w 17,9% rozpoznań, zapalenie spojówek w 3,6% a niewydolność oddechową zdiagnozowano wśród 1% noworodków, natomiast liczba procentowa noworodków u których rozpoznanie kliniczne było bez zastrzeżeń wynosiła 23,8%.

Tabela XIV. Wykonane badania diagnostyczne u noworodka

Badania diagnostyczne wykonane u noworodka	n	%
diagnostyka infekcji	13	15,5
CRP	22	26,2
morfologia	18	21,4
mocz	21	25
gazometria	4	4,8
poziom bilirubiny	13	15,5
glukoza	5	6
USG głowy	10	11,9
ogółem	84	100

Z danych zamieszczonych w tabeli wynika iż wiodącym badaniem diagnostycznym wykonywanym u noworodków było CRP- 26,2%, badanie moczu wykonano w 25% przypadków, morfologię wykonano u 21,4% noworodków, diagnostykę dotyczącą infekcji i ocenę poziomu bilirubiny wykonano wśród takiej samej liczby noworodków - 15,5%, USG głowy w 11,9% przypadków, poziom glukozy w 6% przypadków, a badaniem które zostało wykonane u najmniejszej liczby noworodków to gazometria - 4,8%.

Tabela XV. Masa ciała noworodka

Masa ciała noworodka	n	%
1000-1500 gramów	1	1,2
1501-2000 gramów	3	3,6
2001-2500 gramów	15	17,8
2501-3000 gramów	33	39,3

Masa ciała noworodka	n	%
3001-3500 gramów	22	26,2
Powyżej 3501 gramów	10	11,9
ogółem	84	100

Analizując ilość wszystkich przedwcześnie urodzonych noworodków (n = 84) można zaobserwować, iż 39,3% noworodków osiągnęło masę urodzeniową pomiędzy 2501-3000 gramów; 26,2% osiągnęło masę urodzeniową pomiędzy 3001-3500 gramów; 17,8% noworodków osiągnęło masę urodzeniową pomiędzy 2001-2500 gramów, masę urodzeniową pomiędzy 1501-2000 gramów osiągnęło 3,6% noworodków; 11,9% noworodków uzyskało masę powyżej 3501 gramów, natomiast wcześniaki o najniższej masie urodzeniowej stanowiły 1,2% wszystkich noworodków przedwcześnie urodzonych

DYSKUSJA

Problematyka porodu przedwczesnego jest zagadnieniem coraz częściej poruszanym we współczesnym piśmiennictwie. Pomimo wielu czynników oraz mechanizmów wpływających na wystąpienie porodu przedwczesnego doniesienia naukowe wskazują na niejednoznaczność patomechanizmu. Wśród głównych mechanizmów powodujących wystąpienie porodu przedwczesnego wyróżnia się zakażenia i stany zapalne, krwawienia wewnątrzmaciczne, nadmierne rozciągnięcie macicy a także stres [2, 3, 4, 5, 9, 10, 13, 14].

Wyniki badań własnych wskazują, że przeprowadzone badania wśród 90 ciężarnych niejednoznacznie wskazują iż wieloczynnikowa etiologia, różnorodny objaw i brak jednolitych kryteriów nie tylko utrudniają wczesną diagnostykę ale również wdrożenie odpowiedniego leczenia. Na podstawie przeprowadzonej analizy wyników badań można wnioskować o skuteczności diagnostyki i terapii porodu przedwczesnego w Prywatnym Szpitalu Ginekologiczno – Położniczym w Katowicach. Skuteczność leczenia porodu przedwczesnego jest odwrotnie proporcjonalna do jego zaawansowania, a szybkie rozpoczęcie właściwej terapii zwiększa szanse na utrzymanie ciąży. Badanie kliniczne poszerzone o badanie przez pochwę jest konieczne we wszystkich przypadkach zagrażającego porodu przedwczesnego, stanowi bowiem nieodzowny element oceny sytuacji położniczej. Badanie USG przezbrzuszne oraz dopochwowe było przeprowadzane w 90 analizowanych przypadkach. Badanie kliniczne opierające się na zapisie kardiokardiofonicznym było wykonywane w 100%, badania biochemiczne również u wszystkich przyjętych ciężarnych z zagrażającym porodem przedwczesnym. Badania były głównie oparte na analizie badania moczu, ocenie leukocytozy, CRP, morfologii oraz parametrów krzepnięcia krwi, gdyż brak innych danych dotyczących wykonanych markerów zagrożenia porodem przedwczesnym opierając analizę na podstawie danych uzyskanych z karty położniczej. Badanie bakteriologiczne (wymaz z pochwy) na podstawie analizy wyników badań było wykonane u 33,3% ciężarnych.

Na podstawie analizy dotyczącej chorób przebytych w czasie ciąży wpływających na ryzyko wystąpienie porodu przedwczesnego można stwierdzić, że spośród 90 badanych ciężarnych u 34,4% wystąpił stan zapalny pochwy, natomiast u 33% rozpoznano zakażenie dróg moczowych.

W badaniach Czajkowskiego [3] wykazano dodatnie wyniki badań bakteriologicznych u 29,7%, w tym u 44% wyhodowano szczepy *Candida albicans*.

W badaniach Icek i wsp. [6] dotyczących oceny skuteczności założenia szwu okrężnego na szyjkę macicy sposobem Mc Donalda na podstawie analizy wyników badań wśród ciężarnych (n=42) uwzględniono wpływ przebytego poronienia w wywiadzie. Z badań wynika, iż różnica pomiędzy pacjentką z przebyłym epizodem poronienia a pacjentką, która nie deklarowała niepowodzenia położniczego w wywiadzie (poronienia), nie ma znaczenia klinicznego.

Podobne wyniki dotyczą prezentowanego materiału badawczego, gdyż wpływ przebytych poronień w stosunku do wszystkich ciąż był nieznaczny, ponieważ 18 pacjentek (13,3%) przeżyło poronienie w stosunku do wszystkich ciąż (n=131). Opierając się na powyższych wynikach można stwierdzić, że obecność poronień w wywiadzie nie miała wpływu na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego ze względu na nieznaczną ilość poronień w stosunku do wszystkich ciąż.

W badaniach Bręborowicza i wsp. [2] najistotniejszymi czynnikami ryzyka porodu przedwczesnego zawartymi w wywiadzie wymienia się aż w 31-50% epizodów porodu przedwczesnego, niski status socjoekonomiczny w 15-35%, ciążę mnogą i jej powikłania, a także przedwczesne pęknięcie błon płodowych w 6-40% przypadków. Powyższe wyniki nie potwierdzają większości otrzymanych rezultatów badań własnych, gdyż spośród wszystkich czynników najistotniejszym był przebyty stan zapalny pochwy oraz zadeklarowane w wywiadzie przebyte zakażenie dróg moczowych. Status socjoekonomiczny nie ma wpływu na wystąpienie porodu przedwczesnego ponieważ ponad połowa ciężarnych - 55,6% wykazywała wysoki status socjoekonomiczny.

Marianowski i wsp. [9] w przeprowadzonych badaniach stwierdzają, że w 70-90% wszystkich wczesnych zgonów dotyczyło noworodków przedwcześnie urodzonych, a co się z tym wiąże pozostały odsetek był narażony na powikłania okresu noworodkowego takie jak zaburzenia oddychania, urazy oraz hiperbilirubinemia.

Przedstawione powyżej rezultaty są odmienne w stosunku do badań własnych, gdyż poród przedwczesny nie miał wpływu na stan ogólny noworodka. Zdecydowana większość wcześniaków (91,7%) była w stanie ogólnym dobrym względem pozostałego odsetka urodzonych noworodków. Zaburzenia związane z okresem noworodkowym na podstawie uzyskanych wyników badań obrazują iż hiperbilirubinemia w 16,1% wystąpiła wśród badanych noworodków, zaburzenia adaptacyjne dotyczyły 25,8% wcześniaków, natomiast zaburzenia oddychania dominowały u 32,4% wcześniaków.

WNIOSKI

1. Przebyte choroby matki miały znaczący wpływ na wystąpienie porodu przedwczesnego gdyż u znacznej części badanych ciężarnych wystąpiło zakażenie

dróg moczowych, stan zapalny pochwy oraz inne choroby mające wpływ na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego.

2. Obecność poronień w wywiadzie nie mała wpływu na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego ze względu na znikomą ilość poronień w stosunku do wszystkich ciąż.
3. Poród przedwczesny w przeprowadzonym badaniu nie miał znaczącego wpływu na stan ogólny noworodka oraz powikłania okresu noworodkowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Bręborowicz G. H.: Położnictwo i ginekologia. PZWL, Warszawa 2005, tom I.
2. Bręborowicz G. H. i wsp.: Rekomendacje dotyczące profilaktyki, diagnostyki i postępowania w zagrażającym porodzie przedwczesnym. Ginekol. Dypl. 2008, 10 wyd. spec. luty s.101-107.
3. Czajkowski K.: Diagnostyka porodu przedwczesnego. Perinatol. Neonatol. Ginekol. 2009, 2, 3, s.165-168.
4. Czajka R.: Standardy postępowania w przedwczesnym zakończeniu ciąży. Nowa Med. 2004,11, 1, s.10-13.
5. Czajka R.: Metody przewidywania i zapobiegania porodom przedwczesnym. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, tom 43, zeszyt 3, 15-18, 2007.
6. Iciek R. i wsp.: Ocena skuteczności założenia szwu okrężnego sposobem McDonald na wynik położniczy u kobiet z niewydolnością cieśniowo-szyjkową i zagrażającym porodem przedwczesnym. Nowiny Lek. 2004, 73, 6, s.442-446.
7. Kimber-Trojan Ź. i wsp.: Leczenie tokolityczne w zagrażającym porodzie przedwczesnym. Ginekol. Pol. 2010, 81, 2, s.120-124.
8. Kochman D.: Wcześniak-istota niedojrzała. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2010, 7-8, s.58.
9. Marianowski L. i wsp.: Diagnostyka i postępowanie w porodzie przedwczesnym. Klin. Perinatol. Ginekol. 1998, 25, Materiały II Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. T. 1. s.119-125.
10. Ochędalski T.: Poród przedwczesny – ponadczasowe wyzwanie. Ginekol. Pol. 2004, 75, II Interaktywna Konferencja Naukowa pt. Aktualne problemy w perinatologii i ginekologii, s.241-245.
11. Pięta-Dolińska A. i wsp.: Przydatność oznaczeń poziomów fibronektyny płodowej w przewidywaniu porodu przedwczesnego. Ginekol. Pol. 2005, 76, 6, s.431-435.
12. Pięta-Dolińska A. i wsp.: Profilaktyczna antybiotykoterapia w porodach przedwczesnych. Ginekol. Pol. 2005, 76, 6, s.436-442.

13. Ronin-Walknowska E.: Diagnostyka i leczenie porodu przedwczesnego. Med. Prakt. Ginekol. Położ. 2004, 6, Materiały I Konferencji Szkoleniowej pt. Medycyna praktyczna – ginekologia i położnictwo, s.22-29.
14. Semczuk M., Krzyżanowski A.: Poród przedwczesny. Współczesne możliwości diagnostyczne. Ogólnopol. Prz. Med. 2006, 7, s.34, 36-38.
15. Szczapa J.: Podstawy neonatologii. Wyd. PZWL, Warszawa 2008.

STRESZCZENIE

Poród przedwczesny, pomimo rozwoju badań dotyczących zagadnień z zakresu profilaktyki, etiologii, diagnostyki i terapii, nadal stanowi problem współczesnej medycyny perinatalnej. Celem pracy była analiza i ocena czynników wpływających na wystąpienie porodu przedwczesnego. Badaniem objęto grupę 90 ciężarnych hospitalizowanych z powodu zagrożenia porodem przedwczesnym. Wykazano znaczący wpływ infekcji dróg moczowych oraz stan zapalny pochwy na wystąpienie porodu przedwczesnego. Przebyte choroby matki miały znaczący wpływ na wystąpienie porodu przedwczesnego, gdyż u znacznej części badanych ciężarnych wystąpiło zakażenie dróg moczowych, stan zapalny pochwy oraz inne choroby mające wpływ na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego. Obecność poronień w wywiadzie nie miała wpływu na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego ze względu na znikomą ilość poronień w stosunku do wszystkich ciąż. Poród przedwczesny w przeprowadzonym badaniu nie miał znaczącego wpływu na stan ogólny noworodka oraz powikłania okresu noworodkowego.

ABSTRACT

Preterm delivery, despite the development of research on the issues of prevention, etiology, diagnosis and treatment, is still a problem of modern perinatal medicine. The aim of this study was to analyze and evaluate the factors influencing the occurrence of preterm delivery. The study included a group of 90 pregnant women hospitalized because of the risk of preterm birth. Demonstrated a significant effect of urinary tract infections and inflammation of the vagina on the occurrence of preterm delivery. Mother's medical history had a significant impact on the occurrence of preterm delivery because of a high proportion of pregnant women experienced urinary tract infection, vaginal infection and other diseases that affect the risk of preterm delivery. The presence of a history of miscarriages had no effect on the risk of preterm delivery due to the limited number of abortions in relation to all pregnancies. Preterm delivery in the study did not have a significant impact on the overall condition of the newborn and neonatal complications.

Artykuł zawiera 22420 znaków ze spacjami