

ANALIZA PREVREMENIH POROĐAJA U PERIODU OD 2009. DO 2013. GODINE U ZDRAVSTVENOM CENTRU KOSOVSKA MITROVICA

AUTORI

Adžić V.¹, Galjak S.¹, Radojević G.¹, Relić G.²

¹ Odeljenje Ginekologije i Akušerstva, ZC Kosovska Mitrovica, Srbija

² Medicinski fakultet Priština, Kosovska Mitrovica, Srbija

KORESPONDENT

VALDET ADŽIĆ

Odeljenje Ginekologije i Akušerstva,
ZC Kosovska Mitrovica, Srbija

drvaldet@gmail.com

SAŽETAK

Porođaj pre 37 nedelje gestacije se definiše kao prevremeni nezavisno od telesne mase novorođenčadi prema Svetskoj Zdravstvenoj Organizaciji. Prevremeni porođaj je aktuelni problem u celom svetu zbog visokog rizika neonatalnog morbiditeta i mortaliteta i nepotpuno jasne etiologije. U našoj zemlji učestalost prevremenih porođaja je 6%. Retrospektivno smo analizirali prevremene porođaje u Zdravstvenom Centru Kosovska Mitrovica za period od 2009 do 2013 godine. U ovom petogodišnjem periodu ukupno je bilo 3398 porođaja, a od toga 148 ili 4,35% su bili prevremeni porođaji. Cilj rada je bio da ispitamo učestalost prevremenog porođaja u petogodišnjem periodu u odnosu na: ukupan broj porođaja u datom periodu, godine života pacijentkinja, način završavanja porođaja, gestacijsku nedelju trudnoće, paritet i najčešće uzroke koji su doveli do PTP. Analizom smo obuhvatili i telesnu masu i Apgar skor prematurusa. Korišćeni su protokoli porođaja, istorije bolesti porodilja, neonatalni protokoli i lista novorođenčadi. Najviše je bilo multipara 41,2%, starosna dob od 21-30 godina bila je 56,7%, trudnoća se u 79,9% slučajeva završavala od 33 do 37 ng. Vaginalnim putem je završeno 84,4% prevremenih porođaja, a carskim 15,6%. Blizanačke trudnoće kod prevremenih porođaja su zastupljene sa 10,2%. Najčešća težina prematurusa iznosila je od 2000 do 2500 grama (48,6%). Najčešći uzroci koji su doveli do PTP bili su PPRM (22,9%), nepoznati uzroci (27,1%), multiple trudnoće (18,2%), genitalne infekcije (8,7%), inkompetencija grlića (6,7%), IUGR (5,4%), PIH (4,2%), abrupcija placente i placenta previja (2,1%) i ostalo (4,7%).

Ključne reči: prevremeni porođaj, gestacijska nedelja, paritet, prematurus, PPRM, IUGR, genitalne infekcije

UVOD

Porođaj pre 37 nedelje gestacije se definiše kao prevremeni (PTP- pretermijski) nezavisno od telesne mase novorođenčadi prema Svetskoj Zdravstvenoj Organizaciji [1]. Opšte je prihvaćeno da se prevremenim porođajem smatra porođaj posle 20 nedelje gestacije i pre navršene 37 nedelje graviditeta, odnosno pre 259 dana trudnoće, računajući od prvog dana poslednje menstruacije [2]. PTP se deli u podgrupe: [3]

1. Prevremeni 33-37 ng
2. Umereno prevremeni 28-32 ng
3. Ekstremno prevremeni 20-27 ng

Prema definiciji Američke pedijatrijske akademije porođaj pre navršenih 37 nedelja se zove prevremnim. Kao donja granica navodila se ranije 28 nedelja, a sada je to 20 nedelja ili 500 grama živ plod [4]. Predstavlja jedan od vodećih problema u savremenom porodiljstvu, jer se broj PTP u svetu i pored najsavremenijih lekova i sredstava u proteklih 40 godina nije menjao [3]. Prosečno jedna od deset trudnoća u svetu završiće se pretermijskim porođajem [7,8]. Prema podacima SZO svake godine se rodi oko 130 miliona beba, od toga 12,9 mil-

iona ili 9,6% su prevremeno rođene [3]. Smatra se da 34% te dece umire zbog posledica prematuriteta. Incidenca PTP ima značajne regionalne varijacije i kreće se 5-13%, u visokorazvijenim zemljama je 6-8%, u zemljama u razvoju 8-12% i u nerazvijenim zemljama 10-15% [3, 4, 8]. Evropa ima prosečan broj PTP oko 6,2%, SAD oko 10,2%, dok nerazvijene zemlje Afrike i Azije imaju 24-36% [3]. Poslednjih dvadesetak godina u svetu se beleži stalni, alarmantan porast PTP. Zabrinjavajući porast PTP rezultat je porasta broja jatrogenih prevremenih porođaja usled povećanja broja trudnoća nastalih asistiranim reproduktivnim tehnikama, češćih multifetalnih gestacija, češćeg operativnog lečenja premalignih promena na grliću materice, ali i kasnih godina života u kojima se žene odlučuju na trudnoću [9]. Postoje i rasne razlike u incidenci PTP (kod belkinja PTP se javlja kod 11,1% porođaja a kod crkinja 17,5% porođaja) [5]. Naši podaci su nekonzistentni, ali iz izveštaja Republičkog zavoda za statistiku i Instituta za javno zdravlje Batut može se videti da se incidenca PTP kreće oko 6% i da ima tendenciju stalnog porasta [6].

Etiologija PTP je nepoznata u 40-70% slučajeva i odnosi se na raznovrsne endogene i egzogene faktore i socioekonomske uticaje [1,3]. Globalno uzevši trećina

prevremenih porođaja nastaje zbog maternalnih i fetalnih komplikacija, trećina zbog pretermijske prevremene ruptore plodovih ovojaka, dok je u jednoj trećini uzrok nepoznat [2]. Etiologija PTP je multifaktorijska, razlozi endogenog genetskog porekla kombinovani su sa faktorima sredine. Upravo iz ove činjenice proistekao je termin "pretermijski porođajni sindrom" [21]. Etiološki faktori koji dovode do PTP se mogu podeliti na:[2]

- maternalni faktori,
- paternalni faktori,
- fetalni faktori,
- placentni faktori,
- horioamnijski faktori,
- socio-ekonomski faktori,
- genetski faktori,
- jatrogeni faktori i
- nepoznati (idiopatski)

U većini slučajeva tačan razlog prevremenog porođaja nije poznat i gotovo se uvek može govoriti o više faktora [12]. Nizak socioekonomski status majke, mali prirast težine majke u trudnoći, godine manje od 18 i veće od 40, pušenje, konzumiranje alkohola i droge, samo su neki od faktora koji doprinose da se trudnoća završi pre 37 nedelje [13]. Ukoliko majka daje podatak o prethodnim prevremenim porođajima i kasnim prekidima trudnoće, rizik od ponavljanja prevremenog rađanja i u ovoj trudnoći višestruko je veći [21]. Način završavanja prevremenih porođaja može biti vaginalni i operativni (carski rez). Komplikacije ovih porođaja su dosta česte i sa velikim stepenom rizika kako za majku tako i za plod. Obzirom na visok stepen perinatalnog morbiditeta i mortaliteta takve novorođenčadi, prevremeni porođaj predstavlja još uvek jedan od najvećih problema savremene perinatologije.

CILJ RADA

Cilj našeg rada je da ispitamo učestalost prevremenog porođaja u petogodišnjem periodu u odnosu na:

- Ukupan broj porođaja u datom periodu
- U odnosu na godine života pacijentkinja
- U odnosu na način završavanja porođaja
- U odnosu na gestacijsku nedelju trudnoće
- Najčešće uzroke koji su doveli do PTP
- U odnosu na paritet

MATERIJAL I METODE

U retrospektivnoj analizi petogodišnjeg vremenskog perioda, analiziran je ukupan broj porođaja, učestalost prevremenog porođaja, gestacijska starost, način završavanja porođaja, najčešći uzroci PTP-a, učestalost PTP-a kod pariteta, kao i telesna masa i apgar skor kod prematurusa u prvoj minuti. Korišćeni su protokoli porođaja, istorije bolesti porodilja, neonatalni protokoli i lista novorođenčadi. Svi podaci su tabelarno i grafički prikazani.

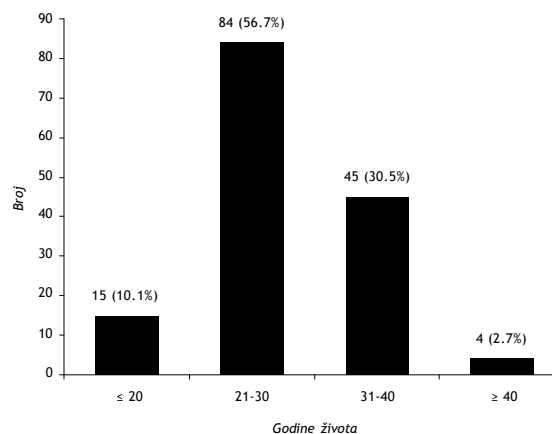
REZULTATI

U periodu od 2009 god. do 2013 god. na našem porodilištu je bilo ukupno 3398 porođaja od čega je 148 bilo prevremenih porođaja što čini 4,35% porođaja u posmatranom periodu. Učestalost prevremenih porođaja po godinama je data u Tabeli 1.

Tabela 1. Učestalost ukupnih i prevremenih porođaja

Godina	Broj porođaja	Prevremeni porođaji	%
2009	679	29	4,2%
2010	646	25	3,9%
2011	623	27	4,4%
2012	644	31	4,8%
2013	806	36	4,5%
Ukupno	3398	148	4,35%

U odnosu na godine života tj. starost trudnice najviše prevremenih porođaja je bilo u starosnoj grupi od 21 do 30 godina i to kod 84 pacijentkinja što predstavlja 56,7% od ukupnog procenta prevremenih porođaja. Potom u starosnoj grupi od 31 do 40 godina, njih 45 tj. 30,5%, a značajno manje je bilo kod pacijentkinja starijih od 40 godina 4 pacijentkinje ili 2,7%, dok je u populaciji mlađoj od 20 godina bilo njih 15 tj. 10,7%. Životna dob porodilja u trenutku porođaja je prikazana u Grafikonu 1.



Grafikon 1. Učestalost prevremenih porođaja u odnosu na životnu dob

U petogodišnjem periodu od 2009.god. do 2013.god., od 148 prevremenih porođaja njih 125 je završeno vaginalnim putem tj. 84,4%, a 23 prevremena porođaja su završena carskim rezom tj. 15,6%, što prikazuje Tabela 2.

Tabela 2 pokazuje način završavanja prevremenih porođaja po godinama, dok se za ceo petogodišnji period ispitivanja način završavanja prevremenih porođaja najbolje može prikazati grafički.

Na osnovu gestacijske starosti prevremene porođaje smo podelili na četiri perioda i to: na period od <28 n.g., na period od 29 - 30 n.g., na period od 30-32 n.g. i na period od 33-37 n.g. U prvoj grupi od <28 n.g. je bilo 2 prevremenih porođaja što čini 1,3%, a u drugoj grupi od 29-30 n.g. je bilo 5 prevremenih porođaja što čini 3,3% od ukupnog broja prevremenih porođaja. U trećoj grupi od 30-32 n.g. je bilo 23 prevremenih porođaja što čini 15,5% i četvrtoj grupi od 33-37 n.g. je bilo 118 prevremenih porođaja što čini 79,9% od ukupnog broja prevremenih porođaja. To pokazuje Tabela 3.

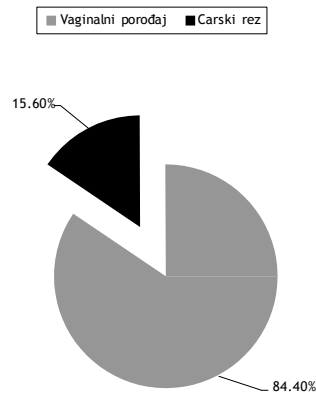
Iz 148 prevremenih porođaja je rođeno 163 dece, što ukazuje da je monofetalnih prevremenih porođaja bilo 133 ili 89,8%, a blizanačkih prevremenih porođaja bilo je 15 ili 10,2%.

Tabela 2. Način završavanja prevremenih porođaja

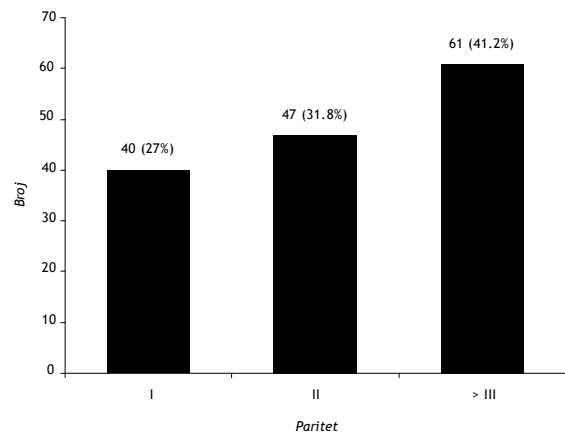
Ukupan broj prevremenih porođaja	Godine					Ukupno	%
	2009	2010	2011	2012	2013		
Vaginalni porođaj	24	22	23	26	30	125	84,4%
carski rez	5	3	4	5	6	23	15,6%
Ukupno	29	25	27	31	36	148	100%

Tabela 3. Učestalost PTP prema nedelji gestacije

Godina	<28	29 - 30 ng	30 - 32 ng	33 - 37 ng	Broj prevremenih porođaja
2009	1	1	3	24	29
2010	-	-	4	21	25
2011	-	-	3	24	27
2012	1	3	6	21	31
2013	-	1	7	28	36
Ukupno	2 (1,3%)	5 (3,3%)	23 (15,5%)	118 (79,9%)	148 (100%)

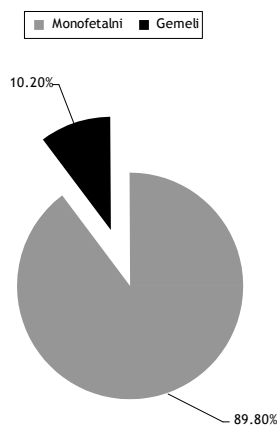


Grafikon 2. Način završavanja prevremenih porođaja

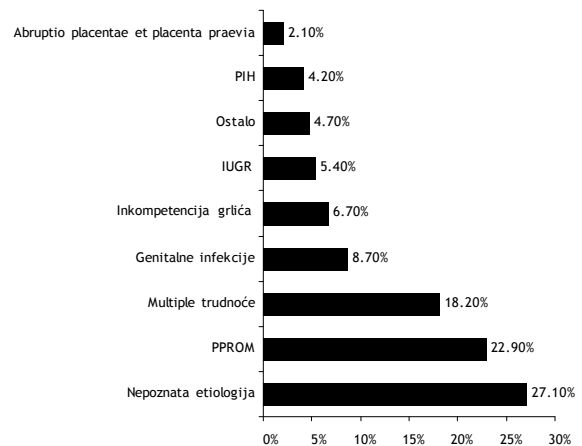


Grafikon 4. Učestalost PTP u odnosu na paritet

Prevremeni porođaji se češće javljaju kod multipara sa tendencijom recidiviranja. Učestalost PTP-a kod primipara je 27%, kod sekundipara 31,8% i kod multipara 41,2%. Učestalost prevremenih porođaja u odnosu na paritet u našem istraživanju prikazani su na grafikonu 4.



Grafikon 3. Učestalost monofetalnih i blizanačkih PTP

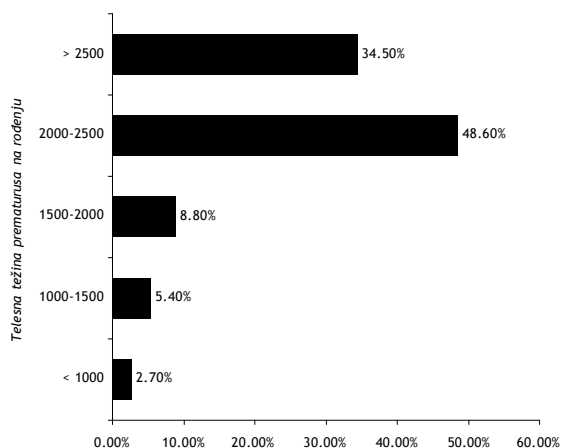


Grafikon 5. Najčešći etiološki faktori PTP

Najčešći uzroci koji su doveli do prevremenog porođaja bili su: prevremena ruptura plodovih ovojaka-PPROM (Preterm Rupture of Membranes) i to kod 34 porođaja tj. 22,9%, multipla trudnoća kod 27 porođaja (18,2%), genitalne infekcije kod 13 porođaja (8,7%), inkompetencija grlića kod 10 porođaja (6,7%), intrauterini zasto u rastu-IUGR (Intrauterine growth restriction) kod

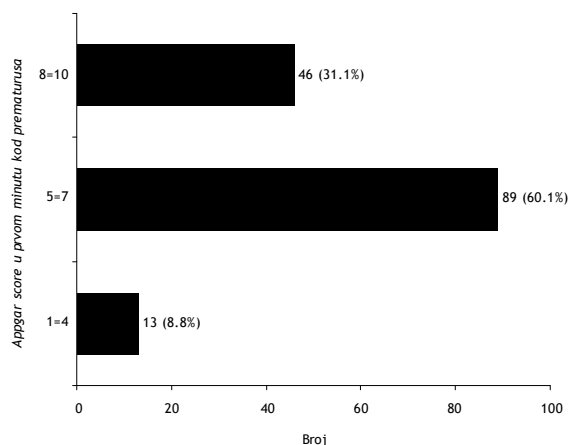
8 porođaja (5,4%), PIH (Pregnancy induced hypertension) kod 6 porođaja (4,2%), abrupcija placente i placenta previa kod 3 porođaja ili 2,1%, ostali uzroci kod 7 porođaja ili 4,7%. Nepoznata etiologija je bila kod 40 porođaja tj. u 27,1% slučajeva. Dijagnoze koje su bile najčešći razlog prevremenog porođaja u našem istraživanju prikazali smo na Grafikonu 5.

Telesnu masu manju od 1000 grama imalo je 4 prematurusa (2,7%), telesnu masu 1000-1500 grama imalo je 8 prematurusa (5,4%), telesnu masu 1500-2000 grama imalo je 13 prematurusa (8,8%), telesnu masu 2000-2500 grama imao je 72 prematurusa (48,6%), i telesnu masu >2500 grama imalo je 51 prematurus (34,5%). Prikaz telesne mase prematurusa vidimo na grafikonu 6.



Grafikon 6. Telesna težina prematurusa na rođenju

Istraživanjem je obuhvaćena i ocena vitalnosti-APPGAR SCORE prematurusa na rođenju u prvoj minuti. Apgar skor 1-4 imalo je 13 prematurusa (8,8%), 5-7 je imalo 89 prematurusa (60,1%), 8-10 imalo je 46 prematurusa (31,1%).



Grafikon 7. Ocena vitalnosti kod prematurusa u prvoj minuti

DISKUSIJA

Na odeljenju ginekologije, akušerstva i neonatologije Zdravstvenog Centra u Kosovskoj Mitrovici za period od 5 godina (2009.-2013.god.) registrovano je

3398 porođaja, od kojih je 148 (4,35%) bilo prevremenih ili 1 prevremeni na 23 terminska porođaja. Učestalost PTP u petogodišnjem periodu je iznosila 4,35% u odnosu na ukupan broj porođaja u posmatranom periodu što se uklapa u podatke iz literature kao i učestalost u odnosu na gestacijsku starost trudnoće [7, 8]. Poređenjem prema gestacijskoj starosti zapažamo u petogodišnjem periodu prematuruse rođene u većoj iznešenosti trudnoće od 34-37 n.g. U prvoj grupi od <28 n.g. je bilo 2 prevremenih porođaja što čini 1,3%, a u drugoj grupi od 29-30 n.g. je bilo 5 prevremenih porođaja što čini 3,3% od ukupnog broja prevremenih porođaja. U trećoj grupi od 30-32 n.g. je bilo 23 prevremenih porođaja što čini 15,5% i četvrtoj grupi od 33-37 n.g. je bilo 118 prevremenih porođaja što čini 79,9% od ukupnog broja prevremenih porođaja. Ovi prematurusi su fiziološki zreliji i manje podložni neonatalnom morbiditetu [12].

U odnosu na godine života tj. starost trudnice najviše prevremenih porođaja je bilo u starosnoj grupi od 21 do 30 godina i to kod 84 pacijentkinja što predstavlja 56,7% od ukupnog procenta prevremenih porođaja. Potom u starosnoj grupi od 31 do 40 godina njih 45 tj. 30,5%, a značajno manje je bilo kod pacijentkinja starijih od 40 godina ukupno 4 pacijentkinje ili 2,7%, dok je u populaciji mlađoj od 20 godina bilo njih 15 tj. 10,7%.

Izbor načina porođaja zavisi od gestacijske starosti i intrauterinog rasta i razvoja ploda, kao i od dodatnih indikacija koje potiču od strane majke i/ili ploda. Takođe je uvođenje elektronskog fetalnog monitoringa u redovnu kliničku praksu povećalo mogućnost za rano otkrivanje intrauterine ugroženosti ploda što je, takođe, doprinelo povećanju broja carskih rezova. Od 148 prevremenih porođaja, koliko ih je bilo u posmatranom periodu 23 (15,6%) je završeno carskim rezom.

Kao etiološki faktor za nastanak prevremenog porođaja u 22,9% slučajeva je navedena pretermimska prevremena ruptura plodovih ovojaka, a u nešto manje od trećine slučajeva je etiologija bila nepoznata. Multiple trudnoće su bile uzrok u 27 porođaja (18,2%) što se takođe uklapa u podatke iz literature i korelira sa činjenicom da trajanje trudnoće dramatično pada sa povećanjem broja fetusa. Kod nas je u 15 slučajeva bila gemelarna trudnoća, a ostali slučajevi su bili monofetalni. Caspi i sar. su pokazali da je učestalost PTP veća kod multiplih trudnoća i to za jednopodne 39 n.g, za bližnanačke 35, za trojke 33 i za četvorostruke 29 ng [18].

Kada je u pitanju paritet Dinulović i sar. navode da se PTP češće javljaju kod multipara sa tendencijom recidiviranja [2]. U pitanju su posledice veće zastupljenosti različitih faktora koji sami po sebi predisponiraju prevremenim porođajima. U našem slučaju učestalost PTP kod multipara je 41,2%, a kod prvoročke 27%. PIH su kao uzrok navedene kod 6 porođaja (4,2%), s tim što podaci iz literature pokazuju trend porasta, što ukazuje na neophodnost edukacije pacijentkinja o zdravim stilovima života, naročito ishrani, značaju redovnih kontrolnih pregleda u trudnoći. Ostali uzroci koji su doveli do prevremenog porođaja bili su: genitalne infekcije kod 13 porođaja (8,7%), inkompetencija grlića kod 10 porođaja (6,7%), intrauterini zastoj u rastu-IUGR (Intrauterine growth restriction) kod 8 porođaja (5,4%), abrupcio placenta i placenta previa kod 3 porođaja ili 2,1%, ostali uzroci kod 7 porođaja ili 4,7%.

Telesna težina i ocena vitalnosti u našem istraživanju je u korelaciji sa podacima iz literature. Telesnu masu manju od 1000 grama imalo je 4 prematurusa

(2,7%), telesnu masu 1000-1500 grama imalo je 8 prematurusa (5,4%), telesnu masu 1500-2000 grama imalo je 13 prematurusa (8,8%), telesnu masu 2000-2500 grama imao je 72 prematurus (48,6%), i telesnu masu >2500 grama imalo je 51 prematurus (34,5%). Apgar skor 1-4 imalo je 13 prematurusa (8,8%), 5-7 je imalo 89 prematurusa (60,1%), 8-10 imalo je 46 prematurusa (31,1%).

ZAKLJUČAK

Rezultati rada i iskustva sa našeg odeljenja ukazuju da je dobra antepartalna zaštita, intenzivan nadzor u porođaju, na adekvatan način završen porođaj, prisustvo pedijatra na porođaju i selektivno upućivanje prematurusa u referentne centre rezultiralo značajnim smanjenjem prevremenog rađanja i perinatalnog morbiditeta i mortaliteta. Dalji razvoj preventive i praćenja trudnoće po savremenim protokolima, uvođenje najnovije medicinske opreme u rutinsku praksu dovešće svakako do još većeg smanjenja broja prevremenih porođaja što će rezultirati boljim perinatalnim ishodom. Iz svega navedenog proizilazi da treba insistirati na razvoju preventive i praćenja trudnoće prema savremenim protokolima kako bi se u budućnosti smanjio broj prevremenih porođaja, a samim tim i perinatalni morbiditet i mortalitet.

LITERATURA

1. Back S, Wojdyla D, Say L et. al. The worldwide incidence of preterm birth. A systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organisation* 2010;88(1):31-38.
2. Dinulović D, Avramović D. Prevremeni porođaji u Opstetricija, Novinsko-izdavačka ustanova, Službeni list SRJ, Beograd 1996. str.616-643.
3. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. *The Lancet*, June 2012. 9;379(9832):2162-72.
4. Goldenberg R, Culhane J, Iams J, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet* 2008;371:75-84.
5. Martin JA, Hamilton BE, et al. no.1. Births: final data for 2008. *National vital statistics reports*, vol. 59. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2010
6. Institut za Javno Zdravlje Srbije „dr Milan Jovanović Batut” Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2012. beograd 2013. str. 445-446
7. The Global Burden of Preterm Birth. (2009). *The Lancet*, 374(9697), 1214.
8. Lumley, J. (2003). Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110(Suppl 20), 3-7.
9. Muiglia L, Katz M. The Enigma of Spontaneous Preterm Birth. *The England Journal of Medicine* 2010;362:529-535.
10. Relic G. Prevremeni porođaji. XIV Kongres ginekologa i obstetricara. Srbije i Crne Gore, zbornik radova 2-5 oktobar 2005;75-78.
11. Relic G. Savremena tokoliticka terapija i prevremeni porođaj, monografija K. Mitrovica 2007.god.
12. WHO Department of making pregnancy safer (2006) Neonatal and perinatal mortality, country, regional and global estimates. Geneva, 1-13
13. Zbornik radova. 57 Ginekološko-akušerska nedelja. Srpsko lekarsko društvo. Ginekološko-akušerska sekcija. Beograd 2013
14. Smith R. Parturition. *The England Journal of Medicine* 2007;356:271-283.
15. Lewis DF, Fontenot MT, Brooks GG, Wise R, Perkins MB, Heymann AR. Latency period after preterm premature rupture of membranes: *Obstet Gynecol* 1995.
16. Mercer BM. Preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 2003; 101:178-193 diagnosis, evaluation and management strategies. *BJOG* 2005.
17. Simhan HN, Canavan TP. Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. *BJOG* 2005.
18. Caspi E, Ronen J, Schreyer M.D. The outcome of pregnancy after gonadotropin therapy. *Br.J.Obstet.Gynecol.*, 1996, 83:967.
19. Asim Kurjak i saradnici: Ginekologija i perinatologija, Naprijed, Zagreb, 1987. god.

20. Genc M, Ford C. The clinical use of inflammatory markers during pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2010;22:116-121.
21. Brosens I, Pijnenborg R, Vercruyse L, Romero R. The „Greate Obstetrical syndromes“ are associated with disorders of deep placentation. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204(3):193-201.

ENGLISH

ANALYSIS OF PREMATURE BIRTHS FOR THE PERIOD FROM 2009. TO 2013. IN HEALTH CENTER KOSOVSKA MITROVICA

Adžić V.¹, Galjak S.¹, Radojević G.¹, Relić G.²

¹ Department of Gynecology and Obstetrics, HC Kosovska Mitrovica, Serbia

² Medical faculty Pristina, Kosovska Mitrovica, Serbia

SUMMARY

Delivery before 37th week of gestation is defined as preterm, independently of body mass of babies, according to the World Health Organization. Premature birth is the current problem in the world due to the high risk of neonatal morbidity and mortality and incompletely clear etiology. In our country the frequency of preterm delivery is 6%. We have retrospectively analyzed early deliveries in Health Center Kosovska Mitrovica in the period from 2009 to 2013. In this five-year period, there were totaly 3398 deliveries, of which 148 or 4.35 % were preterm delivery. The aim of this study was to investigate the incidence of premature birth in the five-year period in relation to: the total number of births in a given period, the age of the patients, the manner of completion of delivery, gestational week of pregnancy, parity and the most common causes that led to the PTP. In the analysis we have included the body weight and Apgar score of premature infants. We have used protocols of births, maternal history of disease, neonatal protocols and lists of newborns. Most of them were multiparas (41.2 %), 56.7 % of pregnant women were aged of 21-30 years and pregnancy in 79.9 % of cases ended with 33 to 37 ng. Vaginal deliveries were completed in 84.4% of premature births, and caesarean in 15.6%. Twin pregnancies with preterm deliveries were represented in 10.2%. The most common weight of premature infants ranged from 2000 to 2500 grams (48.6 %). The most common causes that led to the PTP were PPROM (22.9 %), unknown causes (27.1 %), multiple pregnancy (18.2 %), genital infection (8.7 %), cervical incompetence (6.7 %), IUGR (5.4%), PIH (4.2%), placental abruption and placenta previa (2.1 %) and other (4.7%) .

Key words: preterm delivery, gestational weeks, parity, premature infants, PPROM, IUGR, genital infections