



UDC: 618.346-007.251

RUPEREA PRECOCE A PUNGII AMNIOTICE LA TERMEN: PERIOADĂ ALICHIDIANĂ ÎNDELUNGATĂ (CONSECINȚE MATERNE ȘI FETALE)

PRELABOR RUPTURE OF MEMBRANES AT TERM: PROLONGED ALIQUID PERIOD (MATERNAL AND FETAL CONSEQUENCES)

Tatiana Belousova¹, dr. în șt. med., conf. univ., **Gabriela Oglindă-Catirău**², studentă anul VI

¹ *Departamentul Obstetrică și Ginecologie, Disciplina de obstetrică, ginecologie și reproducere umană, IP USMF „Nicolae Testemițanu”;*

² *Facultatea de Medicină nr. 1, IP USMF „Nicolae Testemițanu”*

Rezumat

Ruperea precoce a membranelor (RPM) este definită ca scurgerea spontană a lichidului amniotic înainte de debutul travaliului. Această definiție este subcategorizată în RPM prematur (când vârsta gestațională este mai mică de 37 de săptămâni) și RPM la termen (când vârsta gestațională este de 37 săptămâni sau mai mare). Acest diagnostic exclude femeile care au ruptura membranelor fetale (amniorexie) după debutul contracțiilor uterine obișnuite, în concordanță cu travaliu spontan. Scopul acestei lucrări este analiza multifactorială a rezultatelor materne și fetale, în funcție de durata perioadei alichidiene (PA), survenite în urma ruperii premature a pungii amniotice (RPPA) la termen, dar și evidențierea factorilor de risc prezenți în timpul sarcinii, ce au contribuit la ruperea precoce a pungii amniotice înaintea debutului travaliului. În concordanță cu scopul lucrării, s-a stabilit că perioada alichidiană mai mare de 24 ore are influență negativă asupra sănătății materne post-partum, astfel 3,30% femei din lotul I au prezentat hipertermie, 10,53% femei din lotul II și 16,00% din lotul III. Endometrita se întâlnește în 8,00% în lotul cu PA mai mare de 24 ore și în 2,63% în lotul cu PA cuprinsă între 18-24 ore. Prezența leucocitozei se adevărește în 17,58% din lotul I, în 55,26% din lotul II și în 76,00% din lotul III. Complicațiile neonatale, de asemenea, se înregistrează în cea mai mare pondere la o perioadă alichidiană mai mare de 24 ore, astfel, hipoxia fetală se întâlnește în 12,00% cazuri în lotul III, în 5,26% în lotul II și în 1,10 % în lotul I. Nou-născuții au fost apreciați cu 6-5 puncte, de asemenea, cel mai mult în lotul III, unde s-au regăsit 3 nou-născuți, după care urmează lotul II cu 2 nou-născuți și lotul I cu 1 nou-născut. Leucocitoza la nou-născuți se întâlnește în lotul I în 15,38% (14) cazuri, în lotul II – 42,1% (16) cazuri, iar în lotul III 52,0% (13) cazuri.

Cuvinte cheie: ruperea precoce a pungii amniotice; perioadă alichidiană; consecințe materne.

Summary

Prelabor rupture of membrane (PRM) is defined as the spontaneous leakage of amniotic fluid before the onset of the labor. This definition is sub-categorized into reterm (when gestational age is less than 37 weeks) and at term (when gestational age is 37 weeks or older). This diagnosis excludes women who have fetal membrane rupture (amniorexia) after the onset of normal uterine contractions, in accordance with spontaneous labor. PRM occurs in about 15% of pregnancies and, of these, about 80% occur at term. The purpose of this paper is the multifactorial analysis of maternal and fetal outcomes, depending on the duration of the aliquid period (AP), but also highlighting the risk factors during pregnancy that contributed to the PRM before the onset of the labor. The alichidian period of more than 24 hours has a negative influence on postpartum maternal health, thus 3.3% women presented hyperthermia in group I, 10.53% women in group II and 16.00% in group III. Endometritis is found in 8.00% of the group with AP longer than 24 hours and in 2.63% of the group with PA between 18-24 hours. The presence of the leukocytosis is confirmed in 17.58% of group I, in 55.26% of group II and in 76.00% of group III. Neonatal complications are also recorded in the highest proportion at an aliquid period of more than 24 hours, thus, fetal hypoxia is found in 12.00% cases in group III, in 5.26% in group II and in 1.10% in group I. The new-borns were appreciated by 6-5 points, mostly in group III, where are 3 new-borns, followed by group II with 2 new-borns and group I with 1 new-born. Leucocytosis in neonates is found in group I in 15.38% (14) cases, in group II – 42.1% (16) cases, and in group III – 52.00% (13) cases.

Keywords: early rupture of fetal membranes; aliquid period; maternal consequences.

Introducere

Ruperea prematură a pungii amniotice (RPPA) reprezintă una din problemele principale ale obstetricii contemporane. Fiind și una dintre cele mai frecvente complicații ale sarcinii și nașterii, RPPA este unul din motivele creșterii leziunilor obstetrice, intervențiilor chirurgicale rapide și complicațiilor neonatale [1]. Factorii de risc pentru ruperea precoce a membranelor (RPM) sunt încă discutabili. Majoritatea cercetătorilor ce au studiat problema consideră că nu există un motiv unic pentru RPPA și, cel mai des, se observă o combinație de factori diferiți. Câțiva

autori urmăresc clar rolul infecției în etiopatogeneza rupturii prenatale a membranelor [3].

Atunci când studiază cauzele patomorfologice ale RPM, unii cercetători consideră prezența caracteristicilor structurale ale filamentelor de colagen ale membranelor drept cele mai importante. În ultimul deceniu, au apărut publicații privind studiul markerilor genetici ai predispoziției la RPPA. Mulți autori cred că motivul principal este asociat cu exprimarea genică crescută a diferitelor metaloproteineze, ce relevă o schimbare a proprietăților colagenului membranelor sub

influența metaloproteinazei matriceale (MMP), dar nu există nici un punct de vedere unic asupra acestei probleme [2].

Totodată, cu toate că au fost efectuate numeroase studii, problema etiologiei și patogenezii RPPA, precum și abordarea optimă a gestionării sarcinii și nașterii în patologia studiată, rămâne a fi relevantă. În contextual relatărilor anterioare, se evidențiază faptul ca nașterea, complicată cu ruperea precoce a pungii amniotice, cu o perioadă alichidiană îndelungată, poate avea impact negativ asupra sănătății populației, fiind o problemă majoră în domeniul ocrotirii sănătății. Din cele expuse, conchidem că este necesară studierea problemei abordate, având ca scop primordial îmbunătățirea prognosticului și excluderea consecințelor negative fetale și maternelor.

Scopul studiului. Analiza multifactorială a rezultatelor maternelor și fetale, în funcție de durata perioadei alichidiene, survenite în urma RPPA la termen, dar și evidențierea factorilor de risc, prezenți în timpul sarcinii, ce au contribuit la ruperea precoce a pungii amniotice înaintea debutului travaliului.

Obiectivele studiului: 1) Studierea frecvenței și a cauzelor posibile de RPPA, cu diagnosticarea ei; 2) Evidențierea complicațiilor fetomaterne și tactica obstetricală; 3) Estimarea rezultatelor fetale și maternelor în concordanța cu perioada alichidiană, la pacientele cu nașterea la termen.

Materiale și metode. Acest studiu retrospectiv a fost realizat pe o perioadă de 11 luni ale anului 2019, lunile ianuarie – noiembrie, în cadrul IMSP Spitalului Clinic Municipal nr. 1. S-au examinat femeile însărcinate care au prezentat rupătură precoce a membranei amniotice (RPPA) sau au venit la secția de internare cu scurgerea lichidului amniotic înainte de debutul travaliului. **Criterii de includere în studiu:** a) parturiente cu vârsta gestațională 37 - 41 săptămâni de sarcină +6 z.; b) perioada

alichidiană 12≥48 ore; c) sarcină monofetală; d) nașterea unui făt viu; e) prezența cefalică a fătului. **Criterii de excludere din studiu:** a) parturientele ce au dezvoltat travaliu prematur, ca consecință a RPPA la termenul < 37 săptămâni de sarcină; b) altă prezență a fătului decât cea cefalică.

Cazurile analizate (N=154) au fost eșalonate în trei loturi de studiu, în funcție de durata perioadei alichidiene. Lotul I – 91 paciente care au născut la termen condiționat de RPPA, cu durata perioadei alichidiene: de la 12 ore până la 18 ore (exclusiv). Lotul II – 38 paciente cu durata perioadei alichidiene: de la 18 ore până la 24 ore (exclusiv). Lotul III – 25 paciente cu durata perioadei alichidiene 24 ore până la 48 ore (inclusiv).

Datele obținute au fost sistematizate și prelucrate computerizat, utilizând Microsoft Office Excel, programa statistică MedCalc, iar autentificarea diferenței valorilor studiate a fost apreciată prin determinarea criteriului t-Student, cu o probabilitate mai mare de 95% ($p < 0,05$). Pentru determinarea legăturii dintre semnele clinice și investigațiile de laborator am utilizat indicatorul de corelație.

Rezultate și discuții

Rezultate maternelor. În urma procesării datelor colectate au fost obținute următoarele rezultate: vârsta medie a pacientelor, în studiul retrospectiv, pentru anul 2019, reprezintă: $27,29 \pm 0,51$ ani ($SD=4,92$) pentru lotul I, $26,15 \pm 0,72$ ani ($SD=4,45$) pentru lotul II și $29,44 \pm 1,09$ ani ($SD=5,49$) pentru lotul III. Coeficientul de variație pentru lotul I este de 17,62%, pentru lotul II este de 17,02%, iar pentru lotul III - 18,65%, astfel, concluzionăm că, pentru toate 3 loturi, coeficientul de variație se încadrează în limitele $10\% < CV < 20\%$, fapt ce demonstrează că populația de cercetare este relativ omogenă. Cazurile analizate (N=154) grupate în 3 loturi de studiu, în funcție de durata perioadei alichidiene, au următoarea reprezentare grafică conform termenului de sarcină, vezi figura 1.

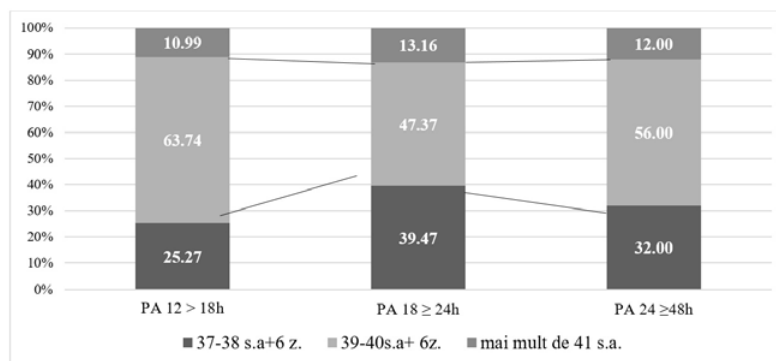


Figura 1. Repartizarea loturilor de studiu conform termenului de sarcină (%).

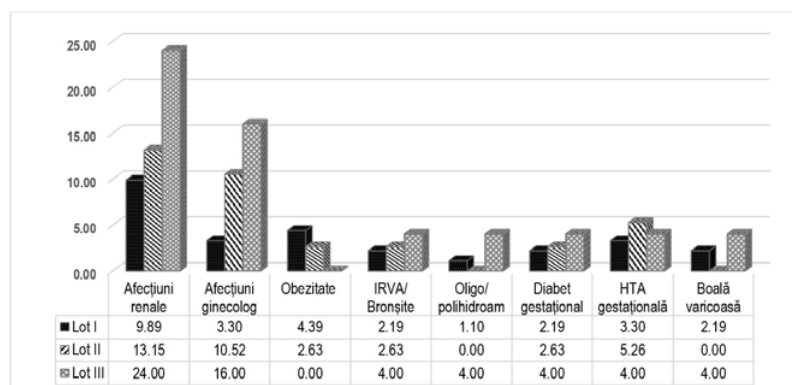


Figura 2. Manifestări inflamatorii și ne-inflamatorii pe parcursul sarcinii (%).

În toate cele III loturi se înregistrează cea mai mare rată a RPM la termen de 39-40 s.a. + 6 zile, circa 63,74% (58) pentru lotul I, 47,37% (18) pentru lotul II, și 56,00% (14) pentru lotul III, și cea mai mică rată de RPM se înregistrează la termenul de gestație mai mare de 41 s.a, fiind 10,99% (10) pentru lotul I, 13,16% (5) pentru lotul II și 12,00% (3) lotul III. Astfel, repartizarea pacientelor în loturi, corespunzător termenelor de sarcină, este variabilă, însă, cu tendință spre uniformizare, ceea ce ne permite aplicarea metodelor statistice de calcul cu veridicitate.

Pe parcursul sarcinii, 5,84% de femei au avut iminență de avort spontan, adică 9 din 154. Acest indicator s-a dovedit a fi unul nesemnificativ statistic ($p > 0,05$). Afecțiunile renale au un rol primordial în ruperea precoce a pungii amniotice în nașterile la termen, $OR=2,6$ (ÎI 95%: 1,04 până la 6,46), $RR=2,25$ (ÎI 95%: 1,03 până la 4,86), $t=2,077$, $p < 0,05$; iar, odată cu creșterea duratei perioadei alichidiene, crește de 2 ori riscul de dezvoltare a complicațiilor septice la pacientele cu o PA mai mare de 18 ore, astfel, se impune o necesitate stringentă de sanare a infecțiilor urinare, în scopul prevenirii RPPA.

Influența adaosului ponderal, în timpul sarcinii, asupra diferențierii perioadei alichidiene în cazul nașterilor la termen, complicate cu ruperea precoce a membranei amniotice, se atestă $OR=1,96$ (ÎI 95%: 0,99 până la 3,89), $RR=1,56$ (ÎI 95%: 0,1 până la 2,46), fapt exprimat prin valoarea indicelui de veridicitate, ($p=0,05$), ca indice de reper s-au luat în calcul gravidele ce au avut un adaos ponderal mai mare de 16 kg, iar obezitatea de gr. II și III, ca factor de risc pentru declanșarea RPM, întâlnite în lotul I și II, nu reprezintă importanță comparativă a indicilor caracteristici loturilor de studiu ($p > 0,05$), ceea ce demonstrează lipsa influenței factorilor analizați asupra duratei perioadei alichidiene.

Conform studiului, afecțiunile ginecologice se întâlnesc de aproximativ 3 ori mai des printre femeile cu o perioadă alichidiană mai mare de 18 ore, comparativ cu femeile cu o perioadă alichidiană mai mică decât 18 ore, iar $RR=3,85$ (ÎI 95%: 1,06 până la 13,96), $OR=4,26$ (ÎI 95%: 1,09 până la 16,77), $t=2,08$, $p < 0,05$.

Pentru analiza ulterioară a evoluției nașterilor, pentru analiza riscurilor complicațiilor intra- și neonatale, dar și analiza complicațiilor materne postpartum, loturile de studiu s-au grupat într-o crearea a 2 grupuri comparabile mai mari: I grup cu perioada alichidiană mai mare de 12 ore și mai mică decât 18 ore, iar grupul II, cu perioadă alichidiană mai mare de 18 ore și mai mică de 48 ore.

Tabelul 1

Durata nașterii în loturile de studiu.

Durata:	PA 12>18 h (n=91)		PA 18≥24 h (n=38)		PA 24≥48 h (n=25)		Nivel de semnificație	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%		
3-6 ore	8	8,8	3	7,89	4	16,00	$t=0,24$	$p > 0,05$
6-12 ore	51	56,04	24	63,16	11	44,00	$t=0,06$	$p > 0,05$
> 12 ore	27	29,67	9	23,69	3	12,00	$t=1,48$	$p > 0,05$

Din totalul de 154 de nașteri analizate, 140 nașteri s-au declanșat spontan, 14 nașteri au fost finalizate prin operație cezariană de urgență, iar în 35 cazuri în timpul nașterii s-a folosit forcepsul, vezi tabelul 2. În toate loturile studiate, cele mai multe nașteri au avut o durată cuprinsă între 6-12 ore, în

timp ce cele mai puține nașteri au avut o durată cuprinsă între 3-6 ore. Vacuum extracția fătului a fost folosită de 2,5 ori mai mult pentru lotul I cu PA 12>18 ore, față de lotul II cu o PA mai mare de 18 ore.

Tabelul 2

Complicații la naștere în loturile de studiu.

Complicații la naștere:	PA 12>18 h (n=91)		PA 18≥24 h (n=38)		PA 24≥48 h (n=25)		Nivel de semnificație	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%		
Inducerea travaliului cu PG	20	21,98	13	34,21	18	72,00	$t=1,97$	$p=0,05$
Insuficiența forțelor de contracție	7	7,69	3	7,89	9	36,00	$t=2,04$	$p < 0,05$
Epuizarea parturientei	48	53,85	22	52,63	13	52,00	$t=0,34$	$p > 0,05$
Stimularea cu oxitocină	9	9,89	7	18,42	14	56,00	$t=3,34$	$p < 0,01$
Deregări de ritm cardiac la făt	8	8,79	6	15,79	18	72,00	$t=4,10$	$p < 0,01$
Vacuum extracția fătului	15	16,48	7	18,42	13	52,00	$t=2,19$	$p < 0,05$
Operații cezariene urgente	4	4,4	2	5,26	7	28,00	$t=2,06$	$p < 0,05$

În lotul III, operațiile cezariene de urgență se întâlnesc cu o frecvență de 2 ori mai mare decât în lotul I, astfel $OR=3,62$ (ÎI 95%: 1,06 până la 12,35), $RR=3,25$ (ÎI 95%: 1,04 până la 10,09), fapt ce demonstrează că perioada alichidiană îndelungată are influență asupra tacticii medicale și anume, o PA>18 ore sporește riscul de circa 3 ori de finalizare a nașterii prin operație cezariană de urgență, vezi tabelul 3.

Insuficienței forțelor de contracție este în strânsă legătură cu RPM la termen cu PA îndelungată, astfel, femeile ce au o PA>18 ore, au înregistrat o rată dublă de insuficiență a forțelor de contracție față de cele cu o perioadă alichidiană mai mică de 18 ore, $OR=2,82$ (ÎI 95%: 1,04 până la 7,63), $RR=2,47$ (ÎI 95%: 1,03 până la 5,94), indicele de veridicitate $p < 0,05$.

Durata perioadei alichidiene îndelungate impune utilizarea stimulării cu oxitocină mai frecvent în loturile cu o perioadă alichidiană mai mare de 24 ore, $OR=4,55$ (ÎI 95%: 1,92 până la 10,81), $RR=3,37$ (ÎI 95%: 1,65 până la 6,86). Toate aceste date, prezentate anterior, reliefează complexitatea riscurilor asociate nașterii la termen cu ruperea precoce a pungii amniotice, cu o perioadă alichidiană mai mare de 12 ore, dar și impune evidențierea ulterioară a complicațiilor intranatale și postnatale imediate.

Printre femeile care au născut în urma RPPA, cu o perioadă alichidiană mai mare de 18 ore, s-a constatat prezența hipertermiei > 37,5°C de 2 ori mai des, decât la femeile cu o perioadă alichidiană mai mică de 18 ore. Astfel, riscul relativ este egal cu 3,85 (ÎI 95%: 1,06 până la 13,96), $OR=4,27$ (ÎI 95%: 1,09 până la 16,77), iar indicele de veridicitate $p < 0,05$.

Leucocitoza este o complicație întâlnită atât la nou-născuți, cât și la lăuze. Din studiul efectuat se evidențiază că pacientele cu

nașteri la termen pe fundalul RPPA, cu o perioadă alichidiană mai mare de 18 ore, au un risc de 3 ori mai mare de dezvoltare a leucocitozei, în comparație cu femeile cu o PA mai mică de 18 ore, OR=8,15 (ÎI 95%: 3,87 până la 17,16), $p < 0,05$, RR=3,61 (ÎI 95%: 2,23 până la 5,85), vezi tabelul 3.

Tabelul 3

Complicații postnatale în loturile de studiu.

Complicații postnatale	PA 12>18 h (N=91)		PA 18≥24 h (N=38)		PA 24≥48 h (N=25)		Nivel de semnificație	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%		
Hipertermie >37,5°C	3	3,3	4	10,53	4	16,00	t=2,08	p<0,05
Endometrite	0	0,00	1	2,63	2	8,00	t=1,71	p>0,05
Pielonefrite, acutizare	3	3,3	1	2,63	1	4,00	t=0,04	p>0,05
Leucocitoză	16	17,58	21	55,26	19	76,00	t=5,52	p<0,001
Anemie posthemoragică	3	3,3	4	10,52	6	24,00	t=2,46	p<0,05

Tabelul 4

Scorul Apgar al nou-născuților, în minutul 1 și 5, în loturile de studiu.

Scorul Apgar	PA 12>18 h (n=91)				PA 18≥24 h (n=38)				PA 24≥48 h (n=25)			
	1'		5'		1'		5'		1'		5'	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
10-9 puncte	37	40,66	64	70,33	13	34,21	22	57,89	6	24,00	12	48,00
8-7 puncte	53	58,24	27	29,67	13	60,53	15	39,47	16	64,00	12	48,00
6-5 puncte	1	1,10	0	0	2	5,26	1	2,63	3	12,00	1	4,00

Rezultate fetale. Greutatea la naștere variază la nou-născuți, astfel, cei mai mulți nou-născuți au masa cuprinsă între 3000-3999 gr., în lotul I fiind 65 copii, în lotul II – 28 copii, iar în lotul III – 15 copii. Copii cu masa cuprinsă între 2000-2999 gr. sunt 19 în lotul I, dintre care 4 sunt considerați copii cu greutate mică la naștere, 1 făt este considerat constituțional mic, iar 1 făt prezintă retard de creștere intrauterină.

Lotul II cuprinde 7 copii cu masa între 2000-2999 gr., dintre care 2 copii sunt considerați cu greutate mică la naștere, iar lotul III cuprinde 8 copii cu masa cuprinsă între 2000-2999 gr., dintre care 1 copil se consideră cu greutate mică la naștere, iar 1 copil este considerat mic constituțional. Greutatea de peste 4000 gr., este cea mai rar întâlnită, pentru lotul I – 7 copii, dintre care 6 sunt considerați feți macrosomi, lotul II – 3 copii, dintre care 2 sunt feți macrosomi, iar în lotul III – 2 copii, ambii fiind considerați feți macrosomi. Hipoxia fetală se întâlnește în 5 cazuri în lotul cu o perioadă alichidiană peste 18 ore, și un caz în lotul cu o perioadă alichidiană mai mica de 18 ore, fapt ce demonstrează că riscul de dezvoltare a hipoxiei fetale este de 2 ori mai mare la o perioadă alichidiană mai mare de 18 ore.

Leucocitoza la nou-născuți se întâlnește în lotul I în 15,38% (14) cazuri, în lotul II – 42,1% (16) cazuri, iar în lotul III – 52% (13) cazuri, astfel, se demonstrează că perioada alichidiană îndelungată, mai mare de 18 ore, sporește de 2 ori riscul de dezvoltare a leucocitozei la nou-născuți, OR=4,12 (ÎI 95%: 1,93 până la 8,79), RR=2,78 (ÎI 95%: 1,59 până la 4,88), $t=3,66$, $p < 0,01$.

Literatura de specialitate nu a evidențiat anemia posthemoragică ca o complicație postpartum a femeilor cu nașterile la termen pe fundalul RPM, cu o perioadă alichidiană îndelungată, însă aceasta se poate asocia ca o complicație în urma metodei de rezolvare a nașterii, fie operații cezariene de urgențe, fie aplicarea forcepsului, fie asociate cu careva maladii ereditare ale sistemului hematopoietic.

Analiza delivrenței placentare a evidențiat următoarele: la 18 femei s-a întâlnit defect placentar cu hemoragie, dintre care 10 paciente din lotul I, iar 8 femei în lotul II; la 12 paciente s-a depistat defect placentar fără hemoragie, 10 în lotul I și 2 în lotul II, iar aderența placentară s-a depistat la 3 paciente, 1 din lotul I și 2 din lotul II, indicele de veridicitate este mai mare de 0,05, iar acest factor este unul nesemnificativ statistic. Antibiotico-profilaxia a fost utilizată la toate paciente cu o perioadă alichidiană mai mare de 18 ore, în scopul prevenirii complicațiilor infecțioase ulterioare. Analiza rezultatelor fetale s-a efectuat în baza aprecierii Scorului Apgar, obținut în minutul 1 și 5 de la naștere. De asemenea, a fost apreciată greutatea la naștere, traumatismele în timpul nașterii, dar și semnele infectării. Indicele de veridicitate este mai mare de 0,05, respectiv durata perioadei alichidiene nu are influență asupra aprecierii nou-născuților, vezi tabelul 4.

Concluzii

Perioada alichidiană îndelungată, pe fundalul ruperii precoce a pungii amniotice, reprezintă o problemă majoră a obstetricii contemporane, cu o incidență de circa 76% din toate sarcinile la termen, din cadrul IP Spitalului Municipal nr.1, cu multiple complicații ulterioare. Riscul complicațiilor RPPA depinde de vârsta gestațională, cantitatea de lichid amniotic pierdut, dar și de durata perioadei alichidiene.

Dintre factorii de risc pe parcursul sarcinii, care duc la RPM cu perioadă alichidiană îndelungată, cel mai frecvent se întâlnesc afecțiunile renale, ce reprezintă 9,89% în lotul I, 13,15% în lotul II și 24% în lotul III; afecțiunile ginecologice: lot I – 3,3%, lot II – 10,52%, lot III – 16%; prezența diabetului gestațional: lot I – 2,19%, lot II – 2,63, lot III – 4,0. Astfel, se evidențiază că, odată cu prezența patologiilor concomitente, crește riscul de dezvoltare a RPM cu perioadă alichidiană îndelungată.

Perioada alichidiană mai mare de 24 ore are influență negativă asupra sănătății materne postpartum, astfel, 3,3% femei din lotul I au prezentat hipertermie, 10,53% femei din lotul II și 16,00% din lotul III. Endometrita se întâlnește în 8,0% în lotul cu PA mai mare de 24 ore și în 2,63% în lotul cu PA cuprinsă între 18-24 ore. Prezența leucocitozei se adeverește în 17,58% în lotul I, în 55,26% în lotul II și în 76,0% în lotul III.

Complicațiile neonatale, de asemenea, se înregistrează în cea mai mare pondere la o perioadă alichidiană mai mare de 24 ore, astfel, hipoxia fetală se întâlnește în 12,0% cazuri în lotul III,

5,26% în lotul II și 1,1% în lotul I. Nou-născuții au fost apreciați cu 6-5 puncte, de asemenea, cel mai mult în lotul III, unde s-au regăsit 3 nou-născuți, după care urmează lotul II cu 2 nou-

născuți și lotul I cu 1 nou-născut. Leucocitoza la nou-născuți se întâlnește în lotul I în 15,38% cazuri, în lotul II - 42,1% cazuri, iar în lotul III - 52% de cazuri.

Bibliografie

1. Bellad M.B., Bellad R.M., Phupong V., Tank P., Kapadia M.V., Tank J.D. Handbook on preterm prelabor rupture of membranes in a low resource setting. În: Asia&Oceania Federation of Obstetrics & Gynaecology. Jaypee Brothers Medical: Publishera Ltd. 2012. № 102.
2. Кан Н.Е., Санникова М.В., Амирасланов Э.Ю., Тютюник В.Л. Клинические предикторы прогнозирования преждевременного разрыва плодных оболочек. В: Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2013, Т. 12, № 3, с. 12-18.
3. Каримова У.А., Олимова Л.И. Современное представление об этиопатогенезе и ведении женщинс дородовым разрывом плодных оболочек. В: Вестник Педагогического университета. 2014, № 5 (60).
4. Caughey A.B., Robinson J.N., Norwitz E.R. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. În: Rev Obstet Gynecol. 2008, Vol. (1), p. 11- 22.
5. Merenstein G.B., Weisman L.E. Premature rupture of the membranes: neonatal consequences. În: Semin. Perinatol. 1996; 20, p. 375-380.