

V. Pădure, I. Opalco

**INFLUENȚA DURATEI PERIOADEI ALICHIDIENE ASUPRA REZULTATELOR MATERNE ȘI FETALE ÎN CAZUL NAȘTERILOR PREMATURE COMPLICATE CU RUPEREA PREMATURĂ A PUNGII AMNIOTICE**

*IMSP Institutul Mamei și Copilului  
(Director - dr.med., conf.cercet. Ștefan Gațcan)*

**SUMMARY**

**THE INFLUENCE OF LATENCY PERIOD ON MATERNAL AND FETAL OUTCOMES WHERE PREMATURE BIRTHS COMPLICATED BY PREMATURE RUPTURE OF THE AMNIOTIC MEMBRANES.**

**Keywords:** *preterm birth, maternal and fetal morbidity, infection, neonatal complications.*

**Actuality:** *approximately 2-3% of preterm deliveries are complicated with preterm premature rupture of amniotic membranes (pPROM), which in 30-50% of cases is a predisposing factor of maternal and neonatal complications (distress syndrome, neonatal infections and intraventricular hemorrhage), and in 1-2% of cases is a cause of neonatal mortality. Preterm premature rupture of amniotic membranes increase by 4 times perinatal mortality, by 3 times fetal morbidity, inclusive the rate of distress syndrome (10-40%), and in 40-70% present essential cause of newborn death which represent: newborn hypoxia, abnormal uterine contractions, preterm placental abruption.*

**The aim of the study:** *multifactorial analysis of maternal and fetal outcomes in dependence of latency period in patients with pPROM.*

**Materials & Methods:** *the evaluation of maternal and fetal outcomes was effectuated in 266 cases of premature deliveries preceded by pPROM, in 2013 Institute of Mother and Child Care, Chisinau, Republic of Moldova, which are divided in 4 groups: first group include the patients with latency period less than 18 hours (n=138), the second group include the patients with latency period 18-24 hours (n=11), third group include the patients with latency period 24-48 hours (n=32), fourth group include the patients with latency period more than 48 hours (n=85).*

**Results:** *in case of latency period more than 24 hours, the risk of chorioamnionitis is higher by 2.5 times that in case of latency period less than 24 hours, OR=4,08 (1,74<OR<9,54), RR=3,5 (1,6<RR<7,5), p<0,001; the risk of fetal hypoxia is higher by 3 times if latency period exceeding 24 hours, OR=3,38 (1,03<OR <11,09), RR=3,18 (1,02<RR<9,89), p<0,05; also risk of congenital pneumonia in newborns increases 2 times, OR=2,28 (1,03<OR<5,04), RR=2,08 (1,02<RR<4,23), p<0,05; and the risk of neonatal sepsis increase by 4 times, OR=4,5 (1,2<OR<16,81), RR=4,2 (1,18<RR<14,19), p<0,05.*

**Conclusions:** *In premature delivery with latency period more than 24 hours it was observed higher risk of maternal septic complications (chorioamnionitis, endometritis, pyelonephritis) and neonatal septic complications (pneumonia and neonatal sepsis), in the same time with increasing risk of hypotone haemorrhagia in the third period of labor.*

**РЕЗЮМЕ**

**МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ МАТЕРИНСКИХ И НЕОНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БЕЗВОДНОГО ПРОМЕЖУТКА У ПАЦИЕНТОК ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ ОСЛОЖНЕННЫМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

**Актуальность:** *преждевременное излитие околоплодных вод осложняет около 2-3% родов и в 30-50% случаев является predisposing фактором возникновения материнских и неонатальных осложнений (дистресс синдром, неонатальные инфекции и внутрижелудочковые кровотечения), и является в 1-2% случаев причиной неонатальной смертности [1,2,3].*

*Преждевременное излитие околоплодных вод при преждевременных родах увеличивает в 3-4 раза перинатальную заболеваемость, увеличивает частоту возникновения дистресс синдрома (10-40%), и в 40-70% является predisposing фактором возникновения неонатальной смертности в результате гипоксии, аномалии родовых сил, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты [8,9]. Учитывая вышесказанное, было проведено исследование, целью которого является многофакторный анализ материнских и неонатальных исходов в зависимости от длительности безводного промежутка у пациенток преждевременными родами осложненными преждевременным излитием околоплодных вод.*

**Материалы и методы:** *было обследовано 266 случаев преждевременных родов, осложнённых преждевременным излитием околоплодных вод имевших место в Институте Матери и Ребёнка в 2013 году, которые были разделены на 4 группы: первую группу составили пациентки с продолжительности безводного промежутка мень-*

șe 18 часов ( $n=138$ ), вторую группу - пациентки с продолжительности безводного промежутка менее 18-24 часов ( $n=11$ ), третью группу - пациентки с продолжительности безводного промежутка 24-48 часов ( $n=32$ ), и четвертую группу - пациентки с продолжительности безводного промежутка больше 48 часов ( $n=85$ ).

**Результаты:** было выявлено что, у пациенток с продолжительности безводного промежутка больше 24 часов, в 3,5 раза чаще был диагностирован хориоамнионит чем у пациенток с продолжительности безводного промежутка меньше 24 часов  $OR=4,08$  ( $1,74<OR<9,54$ ),  $RR=3,5$  ( $1,6<RR<7,5$ ),  $p<0,001$ ; отмечено увеличение частоты интранатальной гипоксии плода в 3 раза,  $OR=3,38$  ( $1,03<OR<11,09$ ),  $RR=3,18$  ( $1,02<RR<9,89$ ),  $p<0,05$ ; также у детей от пациенток с продолжительности безводного промежутка больше 24 часов, в 2 раза чаще диагностируется врожденная пневмония  $OR=2,28$  ( $1,03<OR<5,04$ ),  $RR=2,08$  ( $1,02<RR<4,23$ ),  $p<0,05$ ; и увеличение риска неонатального сепсиса в 4 раза,  $OR=4,5$  ( $1,2<OR<16,81$ ),  $RR=4,2$  ( $1,18<RR<14,19$ ),  $p<0,05$ .

**Выводы:** в результате полученных данных отмечено увеличение риска возникновения инфекционных осложнений у матерей (в 3 раза) и новорожденных (в 2 раза) с продолжительности безводного промежутка больше 24 часов.

**Cuvinte-cheie:** naștere prematură, ruperea prematură a pungii amniotice, morbiditate maternă și fetală, infecție, morbiditate, complicații neonatale.

#### Actualitate

Ruptura prematură de membrane (RPM, RPPA) – reprezintă ruperea membranelor la o vârstă gestațională cuprinsă între 22 și 36<sup>+6</sup> săptămâni de amenoree complete, cu cel puțin o oră înainte de debutul travaliului.

Ruptura prematură a pungii amniotice (RPPA) complică circa 2-3% dintre toate nașterile și este factor de inițiere a 30-50% dintre nașterile premature astfel constituind un factor predispozant al complicațiilor materne și fetale neonatale (SDR, infecții neonatale și hemoragii intraventriculare) inclusiv o cauză a decesului neonatal în 1-2% [1,2,3].

Nașterea prematură reprezintă 5–12 % dintre toate nașterile ceea ce afectează considerabil sănătatea populației prin ponderea sporită a handicapului fetal, morbidității și mortalității fetale [4,5,6]. Mortinatalitatea printre nașterile premature este de 8-13 ori mai mare decât la nașterile la termen. Mortalitatea în cadrul nașterilor premature este caracterizată de indici procentuali sporiți și constituie cauză a 70% din mortalitatea neonatală precoce, și a 65-75% din mortalitatea infantilă [7,8].

Complicarea nașterii premature cu RPPA mărește de 4 ori mortalitatea perinatală, morbiditatea fetală de 3 ori, inclusiv crește rata distress-sindromului (10-40%), iar în 40-70% cazuri reprezintă o cauză esențială a decesului nou-născuților prin complicațiile pe care le implică: hipoxia nou-născuților, anomalia forțelor de contracție, decolarea prematură a placentei normal inserate [8,9].

Infecția intrauterină subclinică este cauza etiologică prevalentă a RPPA. Majoritatea cazurilor de infecție intrauterină a lichidului amniotic nu se manifestă clinic, fapt ce împiedică depistarea bolii conform semnelor patognomonice.

Literatura contemporană de specialitate relevă că rata sepsisului neonatal, după nașterile premature complicate cu RPPA, variază în limitele 2-20%, iar incidența decesului neonatal cauzat de infecții este de 5%. [10,11]

În contextul relațiilor anterioare, este evident faptul că nașterea prematură complicată cu ruperea prematură

a pungii amniotice are repercusiuni mari asupra societății, deoarece nașterea unui copil prematur în cadrul unei familii provoacă o traumă psihologică părinților. Aceasta este de asemenea o problemă majoră pentru sistemul ocrotirii sănătății luând în considerare cheltuielile mari pentru îngrijirea copiilor prematuri, mai ales datorită riscului mare de asociere a complicațiilor infecțioase, frecvenței înalte a invalidității printre copiii născuți prematur, mai ales cei cu masa foarte mică. Astfel, se impune necesitatea de a institui studii care ar avea ca scop principal îmbunătățirea prognosticului fetal și matern.

Nașterea prematură trebuie privită ca o problemă importantă de sănătate publică, iar scopul intervențiilor medicale să fie direcționat spre a prelungi cursul sarcinii pentru reducerea morbidității și mortalității perinatale. Pornind de la aceste constatări am formulat **scopul** prezentului studiu: Analiza multifactorială a rezultatelor materno-fetale în funcție de durata perioadei alichidiene la pacientele cu naștere prematură survenită pe fundalul ruperii premature a membranelor amniotice.

Pentru realizarea scopului s-au propus următoarele **obiective** ale studiului:

1. Estimarea rezultatelor materne și fetale în funcție de durata perioadei alichidiene la pacientele cu naștere prematură.

2. Analiza multifactorială a stării copiilor născuți înainte de termen, în funcție de evoluția nașterii complicate cu ruperea prematură a pungii amniotice.

**Materiale și metode:** Evaluarea conduitei nașterii cu ruperea prematură de membrane a fost efectuată pe 266 cazuri de nașteri premature precedate de ruperea prematură a pungii amniotice, ce au avut loc pe parcursul anului 2013 în clinica IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Criterii de includere în studiu: parturientele care dezvoltă travaliu prematur survenit pe fundalul RPPA la termenul 26–36<sup>+6</sup> s.a, făt viu și lipsa anomaliilor congenitale depistate antenatal.

Astfel, cazurile analizate ( $N=266$ ) au fost eșalonate în 4 loturi de studiu în funcție de durata perioadei alichidiene:

Lotul I – 138 pacientele care au născut prematur condiționat de RPPA cu durata perioadei alichidiene de până la 18 ore.

Lotul II – 11 paciente cu durata perioadei alichidiene de 18-24 ore.

Lotul III – 32 paciente la care durata perioadei alichidiene era cuprinsă între 24 și 48 ore.

Lotul IV – 85 paciente la care durata perioadei alichidiene era mai mare de 48 ore.

Pentru analiza evoluției sarcinii și a nașterii premature apărute în urma ruperii premature a pungii amniotice (RPPA) au fost utilizate metode de cercetare: metoda interviului, metoda de anchetă, examenul clinic, examenul obstetrical.

Indicii statistici au fost calculați utilizând MS Office Excel 2010, Student Test, EpiInfo 7 (Stat Calc) și

analizați conform normelor statistice impuse de biostatistica medicală.

### Rezultate.

Vârsta medie a pacientelor incluse în studiul prospectiv pe 2013 a fost respectiv de  $28,63 \pm 0,2$  (lotul I),  $28,54 \pm 2,59$  ani (lotul II),  $28,46 \pm 0,0,88$  ani (lotul III) și  $28,36 \pm 0,33$  ani (lotul IV), ceea ce reprezintă o uniformitate a vârstei pacientelor studiate ( $p > 0,05$  în fiecare caz comparabil). Astfel, cazurile analizate ( $N=266$ ) eșalonate în 4 loturi de studiu în funcție de durata perioadei alichidiene au următoarea repartizare structurală conform termenului de sarcină (figura 1).

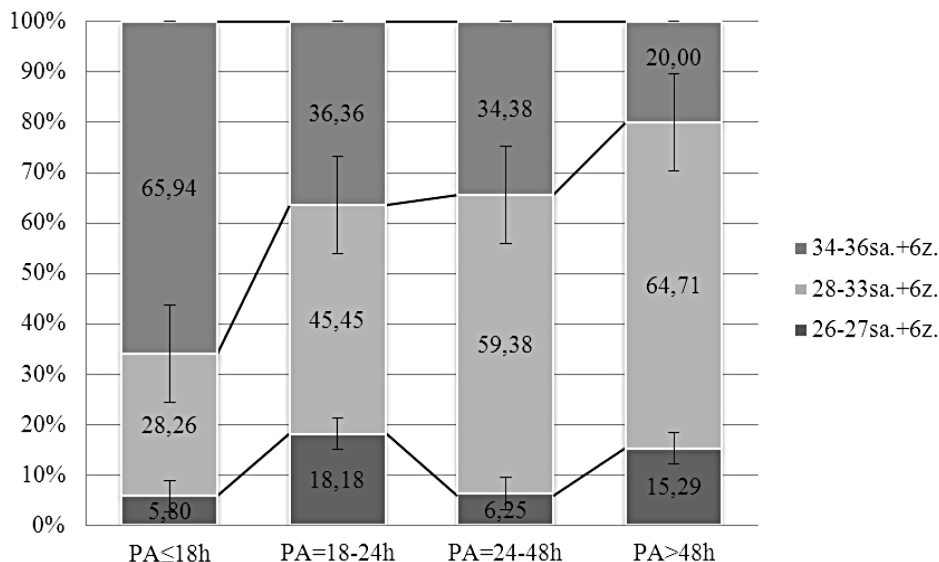


Fig. 1 Repartizarea loturilor de studiu conform termenului de sarcină

Repartizarea pacientelor în loturi corespunzător termenelor de sarcină este variabilă, dar cu tendință spre uniformizare datorită indicilor erorilor medii (figura 1). Aceasta ne permite să aplicăm metodele statistice de calcul cu veridicitate.

Analiza loturilor incluse în studiu cu scop de a determina particularitățile clinico-anamnestice ale pacientelor s-a bazat pe mai multe criterii ale anamnezei obstetricale. Rezultatele obținute au fost introduse în tabelul 1, calculând indicele de veridicitate  $p$  cu scopul aprecierii relevanței statistice.

În toate cele 4 loturi de studiu prevalau femeile primigeste, rata lor din toate cazurile analizate fiind  $1/2 - 1/3$ , totuși determinându-se o ușoară scădere a ratei acestora în lotul IV cu o perioadă alichidiană mai mare de 48 ore. Comparând rata primiparelor și a multiparelor din grupurile de referință corespunzătoare loturilor I și IV, se observă prevalența primiparelor în lotul I, iar a multiparelor în lotul IV acest fapt putând fi explicat prin frecvența înaltă a avorturilor multiple la pacientele din lotul IV ( $p < 0,05$ ), asociată cel mai des cu inerția inițială a motricității uterine  $OR_1 = 1,86$  ( $1,13 < OR < 3,0$ ),  $RR_1 = 1,45$  ( $1,07 < RR < 1,97$ ),  $p < 0,05$ . În același context poate fi explicată diferențierea con-

form raportului dintre primigeste.

Antecedentele obstetricale, ca 3 și mai multe avorturi medicale, influențează evoluția sarcinilor ulterioare prin creșterea de 4 ori a riscului de naștere prematură survenită în urma RPPA cu prelungirea duratei perioadei alichidiene mai mult de 48 ore,  $OR = 4,05$  ( $1,07 < OR < 15,33$ ),  $RR = 3,8$  ( $1,95 < RR < 13,79$ ),  $p < 0,05$ .

Nu s-a depistat influența vădită a avorturilor spontane asupra diferențierii duratei alichidiene, indicele de veridicitate fiind mai mare de 0,05, ceea ce demonstrează uniformitatea loturilor de studiu conform acestor factori.

S-a observat o ponderabilitate dublă a cazurilor cu nașteri premature în anamneză (14,49%) la gravidele care au născut prematur pe fundalul RPPA cu durata alichidiană mai mică de 24 ore, comparativ cu cele la care durata alichidiană este mai mare de 24 ore (6,84%). Nașterile premature în antecedente favorizează probabilitatea nașterilor ulterioare complicate cu RPPA în primele 24 de ore ale perioadei alichidiene,  $OR = 2,25$  ( $0,95 < OR < 5,29$ ),  $RR = 2,07$  ( $0,95 < RR < 4,51$ ),  $p < 0,05$ , (tab.1).

Influența indicelui de ponderabilitate asupra diferențierii perioadei alichidiene în cazul nașterilor premature complicate cu RPPA nu se atestă, fapt exprimat prin va-

loarea indicelui de veridicitate,  $p$  fiind mai mare de 0,05.

Luând în considerare specificul de acordare a asistenței medicale în cadrul centrului, în 60-70% cazuri pacientele erau din mediu rural, iar analiza statistică a datelor demografice nu reprezintă importanță comparativă a indicilor caracteristici loturilor de studiu, indicele de veridicitate  $p$  fiind mai mare de 0,05 demonstrând de lipsa influenței factorilor analizați asupra duratei perioadei alichidiene.

Vârsta medie a gravidelor nu are influența vădită asupra variabilității duratei perioadei alichidiene, loturile de studiu încadrându-se în același interval, calculele de diferențiere statistică fiind ne semnificative ( $p > 0,05$ ).

În toate loturile de studiu s-a depistat persistența unui substrat infecțios care precedă nașterea. Se atestă o tendință de creștere a frecvenței antecedentelor in-

fecțioase atât renale cât și vaginale în lotul pacientelor la care durata perioadei alichidiene depășește 24 ore,  $p < 0,05$ . Infecțiile căilor genitale au un aport considerabil ca factor de risc pentru ruperea prematură a pungii amniotice asociate cu travaliul prematur,  $OR = 2,5$  ( $0,98 < OR < 6,34$ ),  $RR = 2,25$  ( $0,96 < RR < 5,24$ ),  $p < 0,05$ ; iar prin creșterea duratei perioadei alichidiene asociindu-se complicațiile septice, se impune necesitatea atenției sporite asupra sanării oportune a căilor de naștere în scopul prevenirii RPPA.

Infecția intrauterină este un cofactor de primă importanță cu efect asupra integrității pungii amniotice, condiționează un risc dublu de dezvoltare a nașterii premature pe fundalul RPPA cu o durată a perioadei alichidiene mai mare de 24 ore,  $OR = 2,15$  ( $1,02 < OR < 4,5$ ),  $RR = 1,95$  ( $1,07 < RR < 3,77$ ),  $p < 0,05$ ; (tab. 1).

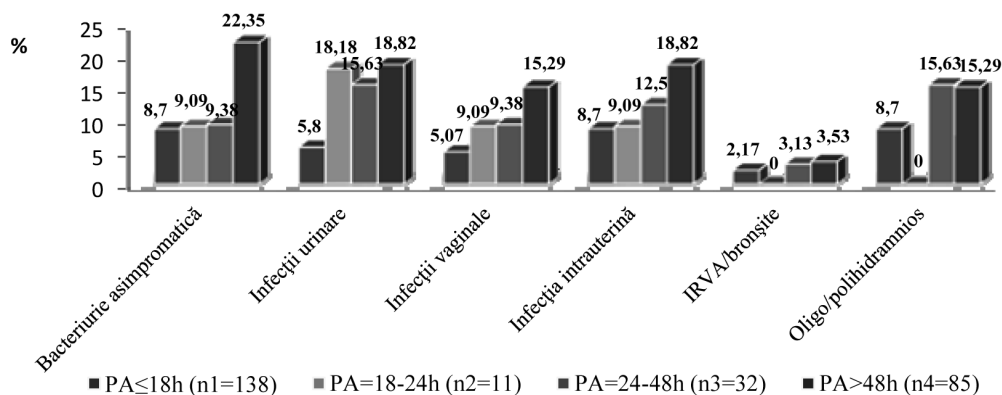


Fig. 2 Manifestări inflamatorii pe parcursul sarcinii

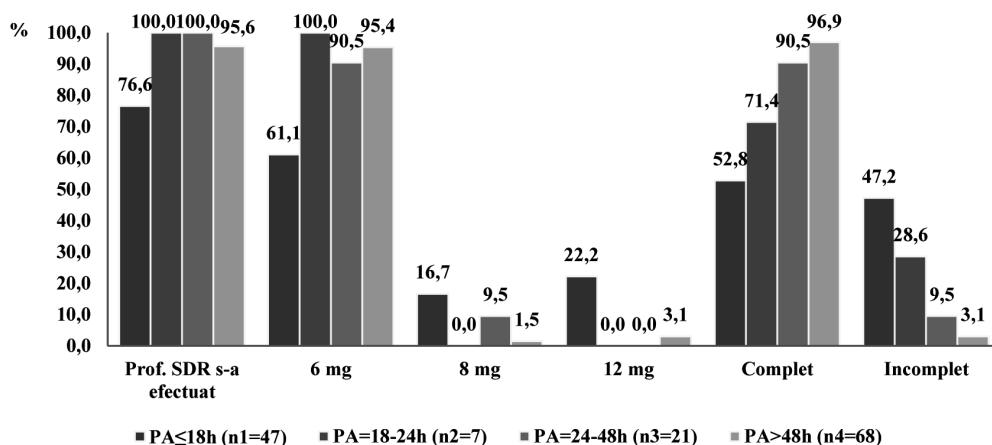


Fig. 3 Profilaxia SDR

Din totalul de paciente examinate, conform termenilor de gestație, 143 au necesitat efectuarea profilaxiei SDR. Frecvența efectuării profilaxiei SDR este mai mare în grupul de gravide la care sarcina și nașterea s-au complicat cu RPPA cu perioadă alichidiană îndelungată (95,59%), spre deosebire de grupul de gravide unde nașterea prematură a fost complicată cu RPPA cu perioadă alichidiană mai mică de 24 ore (76,6%) (fig.3). Prevalează utilizarea dozei de 6 mg dexameta-

zon în toate loturile analizate. Acest decalaj în frecvența efectuării profilaxiei SDR, în funcție de durata perioadei alichidiene, impune necesitatea abordării unor noi metode de diagnostic al probabilității nașterii premature, în special înainte de lezarea integrității pungii amniotice cu scopul efectuării oportune a corticoterapiei.

În lotul cu perioadă alichidiană mai mare de 48 ore, nașterea s-a complicat mai frecvent cu corioamniotită (21,18%), decât în cazurile cu durata perioadei

alichidiene mai mică de 48 ore, respectiv în 5,07% cazuri cu durata perioadei alichidiene mai mică de 18 ore, 9,09% cu PA în intervalul 18-24 ore, și la 12,5% cazuri cu PA 24-48 ore. Astfel este evidentă interdependența între durata perioadei alichidiene și complicațiile intra- și neonatale (tab.1 și 2). Pentru analiza riscurilor complicațiilor intra- și neonatale s-au grupat loturile de studiu întru crearea a 2 grupuri compara-

bile mai mari: I grup cu durata PA mai mică de 24 ore și al II-lea grup cu durata PA mai mare de 24 ore. Concluzia este că odată cu mărirea duratei alichidiene mai mult de 24 ore riscul dezvoltării corioamnionitei crește de 3,5 ori mai mult decât la o perioadă alichidiană mai mică de 24 ore: OR=4,08 (1,74<OR<9,54), RR=3,5 (1,6<RR<7,5), p<0,001; (tab. 1).

Tabelul 1

Evoluția și complicațiile nașterii în loturile de studiu

Nr. crt.	Criteriu	PA≤18h (n <sub>1</sub> =138)		PA=18-24h (n <sub>2</sub> =11)		PA=24-48h (n <sub>3</sub> =32)		PA>48h (n <sub>4</sub> =85)		Semnificația	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	t	p
1.	Corioamnionită	7	5,07	1	9,09	4	12,50	18	21,18	3,31	p<0.001
2.	Distocie dinamică	7	5,07	0	0,00	2	6,25	5	5,88	0,55	p>0.05
3.	Hemoragii hipotone	6	4,35	1	9,09	3	9,38	11	12,94	2,12	p<0.05
4.	Hipoxie fetală	4	2,90	0	0,00	2	6,25	8	9,41	2,02	p<0.05
5.	Vacuum extracția fătului	2	1,45	0	0,00	1	3,13	3	3,53	1,07	p>0.05
6.	Durata totală a nașterii	315,87± 4,47		323,2± 26,1		317,91± 13,24		399,6± 6,34		5,67	p<0.001
7.	≤3 ore (naștere rapidă)	8	5,80	0	0,00	3	9,38	5	5,88	0,42	p>0.05
8.	3-6 ore	35	25,36	3	27,27	12	37,50	22	25,88	0,8	p>0.05
9.	6-12 ore	47	34,06	2	18,18	8	25,00	33	38,82	0,14	p>0.05
10.	>12 h	1	0,72	2	18,18	1	3,13	4	4,71	2,2	p<0.05
11.	Operații cezariene urgente	45	32,61	4	36,36	6	18,75	18	21,18	2,31	p<0.05
12.	Operații cezariene planice	2	1,45	0	0,00	2	6,25	3	3,53	1,39	p<0.05

Hemoragii hipotone, la sfârșitul perioadei a III-a au fost depistate de 3 ori mai frecvent la pacientele cu nașteri premature pe fundalul RPPA cu perioada alichidiană mai mare de 24 ore, în special la cele cu PA mai mare de 48 ore, comparativ cu cele din loturile cu PA ≤24h (tab.1).

Riscul dezvoltării hipoxiei fetale intranatale este de 3 ori mai mare în cazul travaliului ce evoluează pe fundalul unei perioade alichidiene mai mare de 24 ore: OR=3,38 (1,03<OR <11,09), RR=3,18 (1,02<RR<9,89), p<0,05; (tab.1).

În urma studiului statistic interrelațional al loturilor de studiu se constată faptul că odată cu mărirea perioadei alichidiene durata totală a nașterii are o tendință vădită de creștere, p<0.05.

Aceste date reliefează complexitatea riscurilor asociate nașterii premature cu RPPA, prin numărul sporit de complicații intranatale și postnatale imediate.

Printre lăuzele care au născut prematur în urma RPPA cu perioadă alichidiană mai mare de 48 ore, de 3 ori mai frecvent s-a constatat hipertermia (12,94%), p<0.05, în comparație cu cele la care travaliul prematur a fost asociat cu o perioadă alichidiană mai mică de 48 ore (4,35-9,0%). La fel complicațiile septice, precum endometrita, acutizarea pielonefritelor, prevalează în lotul de nașteri premature cu perioadă alichidiană mai mare de 48 ore (tab. 2).

Aceste date impun necesitatea aprecierii prenatale a valorilor adecvate ale leucocituriei și bacteriuriei

pentru a acționa prompt în scopul diminuării riscului RPPA și al complicațiilor septice.

Prelungirea perioadei alichidiene are un efect nefast asupra nou-născuților prematuri prin starea lor în perioada neonatală imediată apreciată cu ajutorul scorului Apgar. Astfel copiii născuți după o perioadă alichidiană mai mare de 18 ore au un risc de 2 ori mai mare de a fi apreciați cu un scor Apgar de 4-6 puncte, atât în primul minut (OR=2,79 (1,84<OR<6,54), RR=1,98 (1,31<RR<3,90), p<0,01) cât și în minutul 5 (OR=2,56 (1,03<OR<8,45), RR=2,49 (1,02<RR<6,25), p<0,01).

Durata sporită a perioadei alichidiene are repercusiuni nefaste asupra stării nou-născuților, fapt demonstrat de numărul sporit al complicațiilor neonatale. Astfel, în cazul unei perioade alichidiene mai mare de 24 ore riscul dezvoltării pneumoniei congenitale la nou-născuți crește de 2 ori, OR=2,28 (1,03<OR<5,04), RR=2,08 (1,02<RR<4,23), p<0,05, (tab. 3).

Totodată există o corelare direct proporțională a duratei perioadei alichidiene și sepsisului neonatal. În cazul perioadei alichidiene mai mare de 24 ore (în special mai mare de 48 h), riscul dezvoltării sepsisului neonatal crește de 4 ori, OR=4,5 (1,2<OR<16,81), RR=4,2 (1,18<RR<14,19), p<0,05, (tab. 3).

Astfel, influența duratei perioadei alichidiene asupra nou-născuților ne impune maximă prudență când trebuie să decidem prelungirea ei în cazul RPPA, fiind acceptabilă doar din necesitățile stricte ale efectuării profilaxiei SDR.

## Complicații postnatale

Nr. crt.	Criteriu	PA≤18h (n1=138)		PA=18-24h (n,=11)		PA=24-48h (n,=32)		PA>48h (n,=85)		Semnificația	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	t	p
1.	Hipertermie > 37,5°C	6	4,35	1	9,09	4	12,50	11	12,94	2,29	p<0.05
2.	Endometrite	2	1,45	0	0,00	2	6,25	7	8,24	2,18	p<0.05
3.	Pielonefrite acutizare	4	2,90	1	9,09	3	9,38	8	9,41	1,96	p<0.05
4.	Supurarea plagii perineale	2	1,45	0	0,00	1	3,13	2	2,35	0,7	p>0.05
5.	Bacteriurie	8	5,80	1	9,09	5	15,63	14	16,47	2,59	p<0.01
6.	Leucociturie	14	10,14	1	9,09	6	18,75	19	22,35	2,49	p<0.05

Tabelul 3.

## Complicațiile neonatale în funcție de durata perioadei alichidiene

Nr. crt.	Complicații	PA≤24h (n,=149)		PA>24h (n,=117)		t <sub>1-2</sub>	P <sub>1-2</sub>
		N	%	N	%		
1.	Pneumonie	11	7,38	18	15,38	2,1	p<0.05
2.	Sepsis	3	2,01	10	8,55	2,31	p<0.05
3.	HIV	3	2,01	1	0,85	0,81	p>0.05
4.	Sdr. convulsiv	1	0,67	3	2,56	1,17	p>0.05
5.	Enterocolită ulcero necrotizantă	1	0,67	2	1,71	0,75	p>0.05
6.	SDR	31	20,81	37	31,62	1,99	p<0.05
	Hemocultură pozitivă	1	0,67	3	2,56	1,17	p>0.05

## Concluzii

În cazul nașterilor premature cu perioadă alichidiană mai mare de 24 ore (cu precădere mai mare de 48 ore) s-a observat un risc mai mare de dezvoltare a complicațiilor septice materne (corioamnionită, endometrită, acutizarea pielonefritei) și neonatale (pneumonia congenitală la nou-născuți și sepsisul neonatal), concomitent cu sporirea riscului de dezvoltare a hemoragiilor hipotone în perioada a III-a a nașterii.

Complicațiile intra- și postnatale atât materne cât și fetale sunt dependente de durata perioadei alichidiene. Cel mai frecvent au loc complicații de natură infecțioasă în cazul perioadei alichidiene mai mare de 48 ore, fapt ce are repercusiuni majore asupra sănătății mamei și nou-născuților, totodată antrenând și sporirea cheltuielilor financiare ale statului pentru investigații și tratament.

## Bibliografie

1. Alfredo Ovalle, Elena Kakarieka, Gustavo Rencoret, Ariel Fuentes, José María del Río, Carla Morong, Pablo Benítez. „Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un spital público de Santiago.” Rev. méd. Chile vol.140: 19-29 no.1 Santiago Jan. 2012.
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008;371(9606):75-84.
3. Tanya M. Medina, M.D., and D. Ashley Hill, M.D., Preterm Premature Rupture of Membranes: Diagnosis and Management. Orlando, Florida Am Fam Physician. 2006 Feb 15;73(4):659-664.
4. Bastek J A, Sammel M D, Pare E, Srinivas S K, Posencheg M A, Elovitz M A. Adverse neonatal out-

comes: examining the risks between preterm, late preterm, and term infants. Am J ObstetGynecol 2008; 199: 367–368 Stratulat P, Strătilă M, Bivol O. Evaluarea rezultatelor implementării tehnologiilor Programului național de ameliorare a asistenței medicale perinatale în Republica Moldova //Buletin de perinatologie. 2002. N3. P.3-41.

5. ACOG practice bulletin. Management of preterm labor. No 43, May 2003. Obstet Gynecol 2003;101:1039-47.

6. Goldenberg RL, Mercer BM, Meis PJ, Cooper RL, Das A, McNellis D. The preterm prediction study: fetal fibronectin testing and spontaneous preterm birth. NICHD Maternal Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 1996;87:643-8.

7. Julio Mateus, Karin Fox, Sangeeta Jain, Sunil Jain, Richard Latta. Preterm Premature Rupture of Membranes: Clinical Outcomes of Late-Preterm Infants. CLIN PEDIATR January 2010 vol. 49 no. 1 60-65

8. Thomson A, Norman J. Biology of preterm labour. Norman J, Greer I (eds). Preterm Labour, managing risk in clinical practice. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2005. 26-75.

9. Samuel Parry M.D., Jerome F. M.D. Strauss. Premature Rupture of The Fetal Membranes. The New England Journal of Medicine. Volume 338 Number 10. p.663-669. March 5, 1998; Maymon E, Chaim W, Sheiner E, Mazor M. A review of randomized clinical trials of antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. Arch Gynecol Obstet 1998;261(4):173-181;

10. Hacker Moore Gambone. Essentials of Obstetrics and gynecology. 4th edition. p: 172-179, 2008.