

12. Jitarciuc A, Stratulat P., *Factorii de risc materno-placentari în morbiditatea neonatală la copiii cu retard de dezvoltare intrauterină*, Buletin de perinatologie, Chisinau, 2008, vol.2, p.105-111
13. Johns J., *Factors affecting the early embryonic environment*, Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice, Vol. 6, Issues 3-4, September 2006, p.199-210
14. Lyall F, et al., *Human trophoblast invasion and spiral artery transformation: the role of nitric oxide*, Am J Pathol 1999;154:1105e14.
15. Munteanu, Ioan – *Tratat de obstetrică*, Ed.Academia Română, 2006, p.123-161
16. Rohan M., et al., *The role of the placenta in the developmental origins of health and disease—Implications for practice*, Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice N6, 2006, p.70–79
17. Tower C, *The Genetics of fetal growth restriction: Implications for management*, Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice 6 (2006) p.99–105
18. Viero S, et al., *Prenatal diagnosis of ischaemic thrombotic placental pathology in severely growth restricted fetuses*, European Placenta Group, Mainz, Germany, September 2003.
19. Yanney M., *Paediatric consequences of fetal growth restriction*, Seminars in Fetal & Neonatal Medicine (2004) 9, p.411 418

RUPEREA PRENATALĂ DE MEMBRANE

Natalia Bursacovschi

(Conducător științific: conf.univ. Ciobanu Victor)

Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF “N. Testemițanu”

Summary

Preterm rupture of amniotic fluid

In this work present-date data are reflected about the problem of preterm rupture of amniotic fluid, reasons and factors of risk, causing the emergence of this complication, peculiarities of the process of pregnancy and labour, the outcome of labour for women and babies.

Key words: preterm rupture of amniotic fluid, preterm prelabour rupture of membranous

Rezumat

În lucrare sunt reflectate datele contemporane despre ruperea prenatală de membrane, cauzele și factorii de risc, ce provoacă complicație dată, la fel ca și particularitățile gravidității și conduitei nașterii, urmările nașterii pentru femeie și copil.

Cuvinte cheie: rupere prenatală de membrane, ruperea prematură de membrane

Întroducere

Rupera prenatală de membrane reprezintă a problemă majoră a obstetricii și pediatriei contemporane [6,7].

Ruperea prenatală a membranelor (RPM) reprezintă ruperea spontană a membranelor pînă la instalarea contracțiilor uterine regulate. Ruperea membranelor pînă la termenul de 37 săptămîni de gestație se consideră RPM pînă la termen (pretermen, prematură). Ruperea la sau după a 37-a săptămîni e definită ca RPM la termen [3,10]. Se va exclude ruperea precoce a membranelor ce se produce la începutul travaliului la o dilatație mică.

Incidența ruperii membranelor pînă la declanșarea activității de naștere conform datelor diferitor autori variază de la 1 pînă la 19,8% cazuri [1, 9, 13,14]. Naștere pe fonul ruperii prenatale de membrane des este însoțită cu anomalii a forțelor de contracție, hemoragiile hipo- și atonice, incidența crescută a traumatismului țesuturilor moi căilor de naștere, dereglarea perfuziei utero-placentare și apariția hipoxiei intrauterine a fătului [2,16]. La 30-56% de gravide

nașterea prematură se începe cu scurgerea prenatală a lichidului amniotic [1,7,16]. Imaturitate morfo-funcțională a fătului, incidența crescută a hipoxiei și infectării intrauterine stipulează morbiditate și mortalitate perinatală înaltă [11]. Conform datelor Бабкин П.С. (1996), incidența ruperii prenatale a pungii amniotice în ultimele decenii a crescut de 1,5- 2 ori [14,17].

Deși în domeniul dat au fost efectuate multiple cercetări, rămîne discutabilă întrebarea despre influența perioadei alichidiene asupra gravidei și fătului, lăuzei și nou-născutului [1,4,16]. Multe aspecte de prognozare, evaluare a importanței clinice investigațiilor morfologice și de laborator în cadrul patologiei date rămîn insuficient studiate.

Scopul acestui studiu este:

- Evaluarea ponderii RPM în activitatea clinicii raportată la numărul de nașteri
- Evaluarea factorilor de risc implicați, care predispun la apariția RPM
- Evaluarea complicațiilor materne și fetale ce apar secundar RPM

Material și metode

Studiul a fost orientat asupra analizei retrospective a 402 fișe medicale a pacientelor, la care graviditatea s-a complicat cu ruperea pungii amniotice înainte de instalare activității de naștere, ce au născut în secția obstetricală № 2 a IMSPICȘDOSMșiC or.Chîșinău pe o perioadă de 1 an (1.01.-31.12.2010).

În conformitate cu vârsta gestațională pacientele au fost divizate în 2 loturi:

- în primul s-au introdus 240 gravide cu sarcina matură (37- 41 s.), durata medie a perioadei alichidiene fiind $10,7 \pm 0,8$ ore;
- în al doilea s-au introdus 162 gravide cu termenul de sarcină 26-36s.și 6 zile, durata medie a perioadei alichidiene fiind $68,9 \pm 16,8$ ore.

Criteriile de includere:

- Gravide cu vârsta gestațională 26-41 săptămîni de amenoree
- Sarcina monofetală și gemelară
- Membrane rupte spontan înainte de debutul travaliului

Criteriile de excludere:

- Gravide cu vârsta gestațională mai mică de 26 s. de amenoree
- Membrane rupte după debutul travaliului

La toate gravide au fost studiate datele anamnezei, complicațiile gravidității, nașterii și perioadei postpartum, la fel ca și starea sănătății nou-născuților în perioada neonatală.

Termenul gestației a fost determinat după data primei zi a ultimei menstruații, data primei mișcări a fătului, luare timpurie la evidență, datele examenului obstetrical extern și USG-ei.

Diagnosticul de RPM stabilit pe baza examinării colului uterin în specule, evidențierii prelingerii lichidului amniotic din canalul cervical, scutecului de control.

Evaluare paraclinică s-a efectuat conform unui program de cercetare clinică amplă, realizat în secțiile patologia gravidelor VII, III, IV, secția obstetricală №2 a IMSPICȘDOSMșiC. Pe lângă metodele tradiționale de evaluare stării intrauterine a fătului (auscultarea BCF, evaluare caracterului activității de mișcare a fătului), majorității pacientelor a fost efectuată cardiocografia.

Analiza datelor a fost realizată utilizând programa EXCEL cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestei programe.

Rezultatele și discuții

Incidența RPM raportată la numărul de nașteri a constituit 24,9% (402 cazuri din 1613 de nașteri). Se poate remarca faptul că este un procent mai mare decât cel citat din literatura de specialitate (2,7 -17 % cazuri) [9,14], faptul fiind legat cu specificul secției obstetricale. Cu ruperea prenatală de membrane au fost însoțite 38,6% de nașteri premature (165 din 429), ce corelează cu datele literaturii 30-56% [1,7,16].

În ciuda faptului că majoritatea autorilor consideră infectare ca factorul principal scurgerii prenatale de lichid amniotic, etiologia și patogenia ruperii prenatale de membrane rămîne indestul studiată [5,15]. Cu toate acestea este dovedit faptul, că ruperea prenatală de membrane de 2,6-3,8 ori mai des se întîlnește la gravide cu vaginoza bacteriană [8]. În cadrul studiului nostru infecțiile cervico-vaginale (preponderent cele nespecifice) au fost depistate la 40 % de gravide (conform datelor clinice, examenului bacterioscopic al frotiului, însămîntării din vagin). Mulți cercetători consideră modificări inflamatorii ale membranelor una dintre cauzele principale ale scurgerii prenatale de lichid amniotic [8,10]. Probabilitate infectării membranelor pe cale ascendentă din colul uterin în RPM este confirmată prin studiile multiple [6]. Conform datelor fișelor medicale studiate, diagnosticul de corioamnionită a fost stabilit în 14, 6% de cazuri. Examenul morfopatologic al placentelor în majoritatea cazurilor a evidențiat corioamnionită parietală leucocitară, flebită, funiculită cordonului ombelical. Doar într-un singur caz examenul morfologic prin microscopie nu a evidențiat semne de afectare a membranelor.

În lotul analizat am constatat că ponderea cea mai mare a vîrstelor la femei a fost 21-30 ani (65,1 % cazuri). Mediul de proveniență nu constituie un factor etiologic important, însă ne poate oferi informații despre posibilitățile de depistare a gravidelor cu risc obstetrical crescut [12]. În lotul analizat cea mai mare parte a gravidelor cu RPM a provenit din mediul rural (72,9 %).

A fost observat că RPM are o frecvență crescută la primigeste (52,9%). Această valoare crescută s-a datorat antecedentelor obstetricale complicate cu avorturi medicale și spontane (chiurietaje repetate, dilatații agresive). Din aceste considerente mulți exploratori atribui femeile cu avorturi și nașteri premature în anamneză către grupa de risc înalt [1,16]. În literatură de specialitate dintre cauzele ce duc la ruperea prenatală de membrane este menționată supradistensie a uterului în legătură cu polihidramnios sau sarcină multiplă. În cadrul studiului nostru această legătură nu a fost evidențiată (polihidramnios 6,2%, sarcina gemelară 2,8%)

În structura patologiei depistate la gravide au dominat vaginite (40%), majoritatea fiind nespecifice, pe locul doi se află anemia fierodeficitară (36,8%), pe locul trei – pielonefrita cronică (21,2%). Datele relatate mai sus oglindesc părere mai multor autori, că infectare reprezintă factorul principal ruperii prenatale de membrane [1,8].

Intervalul de timp de la observarea scurgerii de lichid amniotic pînă la prezența în staționar a variat între 1 și 58 ore. Majoritatea pacientelor (76%) s-au adresat în staționar în primele 6 ore de la ruptura membranelor, scăzînd astfel riscul infecției. 5,6 % din gravide s-au aflat în staționar în timpul RPM. Există însă un procent ușor mărit de paciente (18,4 %) care s-au internat pînă la 12 ore sau mai mult (pînă la cîteva zile) din motive ce țin de locație, transport, condiție socială, nivel de instruire sau educație sanitară deficitară.

Din analiza datelor legate de vîrsta sarcinii tragem concluzia că majoritatea pacientelor la care ruptura membranelor a survenit în mod spontan înainte declanșării travaliului au fost după 34 săptămîni de gestație (74,2 %), 25,8% nașteri cu termen cuprins între 26-33 săptămîni de gestație.

În privința intervalului de timp la naștere, 65% de gravide au născut într-un interval mai mic de 24 ore, iar 35 % au născut de peste 24 ore de la ruperea membranelor cauza fiind adresare tardivă sau necesitate tacticii expectative pentru efectuarea profilaxiei detresei respiratorii la făt și prolongarea sarcinii în cazul termenului prea mic de sarcină. Dintre cercetători nu există părere unică despre influența perioadei alichidiene îndelungate asupra stării sănătății mamei. Majoritatea cercetătorilor consideră că prolongarea gravidității în condiții perioadei alichidiene îndelungate este factorul infectării într-un grad mai mare a fătului decît a mamei. Unii autori insistă că prolongarea sarcinii premature după RPM mărește riscul dezvoltării afecțiunilor septico-purulente, alții consideră că utilizarea preparatelor bactericide reduce riscul infectării către minimum [4,13,16]. După datele fișelor medicale majoritatea pacientelor cu perioada alichidiană îndelungată au primit terapie antibacteriană conform recomandărilor protocolului clinic standardizat. Există părere că administrarea antibioticelor trebuie să fie inițiată doar în cazurile dezvoltării corioamnionitei [1].

În studiul efectuat se observă că majoritatea cazurilor nașterilor asociate cu ruperea prenatală de membrane au fost în prezentație craniană (85,3%), 10,9% - prezentație pelvină/podalică (63,2% dintre care s-au terminat cu operație cezariană urgentă) și 3,8% prezentație transversă/oblică (toate cazurile fiind operate). Nașterea pe cale vaginală a avut loc în 81,1% de cazuri, 18,9% prin operație cezariană urgentă. O parte din nașteri cu RPM se soldează prin operație cezariană, cu toate că nu constituie indicația principală în ruperea prematură a membranelor, decât cele cu indicații obstetricale [7,10].

Dintre complicațiile ce au fost întâlnite în timpul nașterii și în perioada de lăuzie precoce putem să menționăm:

- nașterea rapidă – 21,1% cazuri;
- insuficiența forțelor de contracție – 14,8%;
- defect de placentă - 6,7%;
- hemoragie hipotonă – 3,4%;

Datele sus relatate corelează cu cele din literatură de specialitate. Pe un material clinic semnificativ a fost dovedit, că ruperea prenatală de membrane și prelungire perioadei alichidiene duce la complicațiile nașterii (nașterea în asalt și rapidă, insuficiența și discoordonare forțelor de contracție)[5,7].

Leziuni țesuturilor moi ai canalului de naștere s-au întâlnit într-un număr mare de cazuri (36,7%).

Studiind rezultatele imediate ale nașterilor complicate cu RPM sub forma scorului Apgar în primul minut s-a constatat că 14,1% de nou-născuți au obținut scorul Apgar mai jos de 7 puncte. Mulți autori subliniază, că cel mai des manifestările infectării intrauterine nu au un tablou bine exprimat, și semnele precoce poartă un caracter nespecific sub formă cunoscutului sindrom de infectare, una din manifestările netipice a căruia este nota joasă după scorul Apgar [4,11]. 11,2% din N-N au dezvoltat sindrom de detresie respiratorie de diferit grad. În ciuda multiplelor studii, nu există o părere unică despre administrarea corticosteroizilor pentru accelerare maturizării plămânilor fătului în caz de RPM în naștere prematură. Unii autori consideră, că pentru accelerare maturizării plămânilor la făt este necesară administrare medicamentelor (glucocorticosteroizi). Altă opinie este că perioada alichidiană îndelungată însăși favorizează sinteza surfactantului [1,7,9]. Datele fișelor medicale relatează că în majoritatea cazurilor s-a efectuat profilaxia detresei respiratorii cu sol. Dexametazonă 24 mg.

Tactica activă a a nașterii complicate cu RPM a fost aplicată în 18,6% cazuri, în majoritatea cazurilor fiind dictată de creșterea leucocitozei în dinamică și apariția semnelor de infecție intrauterină la făt (mai des în nașteri premature). Scopul principal al conduitei expectative a fost micșorarea incidenței detresei respiratorii la făt, ce reprezintă principală cauză mortalității copiilor prematuri [1,9]. Mai multe studii clinice au dovedit legătură directă dintre termenul sarcinii și rezultate favorabile nașterii pentru copii [2,8]. Datele literaturii demonstrează că principal pericol prolongării sarcinii reprezintă infectare intrauterină a fătului [3,7]. Risc dezvoltării infecției intrauterine au avut 27,1% de N-N, la 19,8% s-a depistat pneumonie congenitală uni- sau bilaterală, 35,5% de N-N au avut necesitate de terapie antibacteriană. În ultimul timp în conduita conservativă este inclusă utilizarea vitaminei K pentru micșorarea incidenței hemoragiilor intraventriculare, terapie antibacteriană intensă și precoce. Problema calității vieții copiilor prematuri (hipotrofie, anomalii de dezvoltare, afectare SNC, invalidizare) continuă să rămână actuală.

Concluzii

1. Incidența RPM raportată la numărul de nașteri a constituit 24,9% fiind un procent mai mare decât cel citat din literatura de specialitate;
2. Etiologia este dată de mulți factori favorizanți: parietatea, infecțiile cervico-vaginale, avorturi suportate, acutizări pielonefrite acute, status socio economic precar;
3. Nașteri pe fon de RPM în sarcina prematură și matură mai des se complică cu nașteri în asalt și rapide, insuficiența forțelor de contracție, leziuni ale țesuturilor moi ale

căilor de naștere, scorul Apgar jos la naștere și dezvoltare infecției intrauterine la făt (mai des prin pneumonie congenitală);

4. Conduita expectativă a RPM este pe larg aplicată în cadrul clinicii, durata ei fiind legată de vârsta gestațională, stare fătului, prezența infecției.

Bibliografie

1. Максимович О.Н., Протопопова Н.В., Ильин В.П. Дородовое излитие околоплодных вод: причины, диагностика, ведение беременности и родов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2006, №3 (49), стр. 207-212
2. Молчанов Д. Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности: какую тактику выбрать? // Медична газета Здоров'я України, 2008, №18/1, стр. 72
3. Rotaru M., Tabuica U., Stavinskaia L. Ruperea prenatală de membrane. Protocolul clinic standardizat instituțional pentru medicii obstetricieni din secțiile obstetricale a centrului perinatal de nivelul III, IMSPICȘDOSMșiC, 2010
4. Абрамченко В.В. Фармакотерапия преждевременных родов: 1 т. / В.В. Абрамченко. – М.: МедЭкспертПресс, Петрозаводск: Изд-во ИнтелТек, 2003. – 448 с.
5. Гендель М.Г. Особенности сократительной деятельности и тонуса матки при преждевременном излитии околоплодных вод у первородящих / М.Г. Гендель // Акушерство и гинекология. – 1984. – №7. – С. 28–30.
6. Дворянский С.А. Преждевременные роды / С.А. Дворянский, С.Н. Арасланова. –М.: Мед. книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – 93 с.
7. Кулаков В.И. Преждевременные роды /В.И. Кулаков, Л.Е. Мурашко. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.
8. Мурашко М.А. Механизм дородового излития околоплодных вод при бактериальном вагинозе / М.А.Мурашко, С.И. Воронова // Новые технологии в акушерстве и гинекологии. – 1998.– С. 188–189.
9. Maxwell GL. Preterm premature rupture of membranes. *ObstetGynecol Surv* 1993; 48:576–83.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. ACOG practice bulletin no. 1. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63:75-84.
11. Romero R, Gomez R, Chaiworapongsa T, Conoscenti G, Kim JC, Kim YM. The role of infection in preterm labour and delivery. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001; 15: 41-56.
12. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România. Ruptura prematură și precoce de membrane. Seria ghiduri clinice pentru obstetrică și ginecologie. Ghidul 20, 2007
13. Соколова Н.И. Преждевременный разрыв плодных оболочек: причины, диагностика, ведение беременности и родов / Н.И. Соколова// Акушерство и гинекология. – 1989. – № 11.– С. 10–12.
14. Бабкин П. С. Увеличение частоты начала родов с излития околоплодных вод за последние десятилетия.// Компьютеризация в медицине: Сб. науч. трудов/ Воронежская государственная медицинская академия: Воронеж, 1996. — С. 24 - 28.
15. Волков В. Г., Арасланова С. Н., Рева Н. Л. К вопросу о ведении преждевременных родов, осложненных несвоевременным излитием околоплодных вод.// Актуальные вопросы клинической педиатрии, акушерства и гинекологии. Киров, 1993. — С. 291 - 292.
16. Савельева Г.М. Ведение преждевременных родов при дородовом излитии околоплодных вод // Акушерство, Москва, «Медицина», 2000, стр. 299-300
17. Хейл П., Уильямс М.. Преждевременное излитие околоплодных вод.// Акушерство. Справочник Калифорнийского университета: Пер. с англ. / Под ред. Д.Д. Проценко, В.М. Нечушкиной. М.: Практика, 1999. – 704 с.