



**A. Partea introductivă**

<b>A. 1</b>	<b>Diagnosticul</b>	<b>Ruperea prenatală a membranelor</b> la termen (RPM la termen)
<b>A. 2</b>	<b>Codul bolii (CIM 10)</b>	042 - Ruperea prenatală a membranelor 042.0 - Ruperea prenatală a membranelor cu nașterea până la 24 ore 0.42.1 - Ruperea prenatală a membranelor cu nașterea după 24 ore 042.2 - Ruperea prenatală a membranelor cu stoparea nașterii (tactică expectativă)
<b>A. 3</b>	<b>Utilizatorii</b>	Medicii obstetricieni-ginecologi din maternitățile spitalelor raionale, municipale și republicane.
<b>A. 4</b>	<b>Scopul protocolului</b>	Sporirea calității managementului nașterilor cu ruperea prenatală a membranelor. Reducerea morbidității și mortalității perinatale.
<b>A. 5</b>	<b>Data elaborării</b>	2013
<b>A. 6</b>	<b>Data revizuirii</b>	2015
<b>A. 7</b>	<b>Definiția</b>	Ruperea prenatală a membranelor la termen - ruperea spontană a membranelor până la instalarea contracțiilor uterine regulate după a 37-a săptămână.

**B. Partea generală**

**Nivel de asistență medicală spitalicească**

Descriere	Motive	Pași	
<b>B.1 Internarea</b>			
În sala de naștere sau patologia gravidelor.	Prezența semnelor de rupere prenatală a membranelor la termen în lipsa debutului travaliului.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluarea riscului materno-fetal.</li> <li>Auscultația intermitentă a BCF.</li> </ul>	
<b>B.2 Diagnosticul</b>			
Stabilirea: <ul style="list-style-type: none"> <li>termenului sarcinii;</li> <li>prezenței fătului;</li> <li>stării intrauterine a fătului;</li> <li>caracterului eliminărilor.</li> </ul>	Determinarea tacticii de conduită a nașterii.	<b>Investigațiile clinice obligatorii:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examinarea în valve pentru vizualizarea scurgerii lichidului amniotic și excluderea prolabării cordonului ombilical</li> <li>Monitorizare fetală cardiocografică</li> <li>Monitorizarea TA, Ps, t°C</li> </ul>	<b>Investigațiile paraclinice recomandabile:</b> Ultrasonografie fetală cu Dopplero-grafie cu evaluarea termenului sarcinii, volumului LA, stării intrauterine a fătului, aprecierea masei probabile a fătului.
<b>B.3 Conduita</b>			
<b>C.1</b> În secția patologia gravidelor	În lipsa: colului biologic pregătit; travaliului regulat; suferinței fetale; preeclampsiei severe; hemoragiei vaginale; prolabării cordonului ombilical; semnelor de infectare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizarea pacientei și investigarea suplimentară</li> <li>Pregătirea căilor de naștere</li> <li>Inducția travaliului</li> <li>Operația cezariană în caz de necesitate.</li> </ul>	
<b>C.2</b> În sala de naștere	Termenul sarcinii mai mult de 36 săptămâni; Colul biologic pregătit (după scorul Bishop >6): <ul style="list-style-type: none"> <li>Lungimea &lt;1-2 cm sau șters</li> <li>Dilatația &gt;2-3 cm</li> <li>Consistentă – moale</li> <li>Poziția – mediană</li> <li>Prezența contracțiilor uterine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizarea pacientei și investigarea suplimentară (Grupa sanguină și Rh factor, leucograma la internare și peste 18 ore a perioadei alichidiene)</li> <li>Măsurarea t°C</li> <li>Cardiomonitoring 20-40 minute</li> <li>Inducția travaliului</li> <li>Operația cezariană în caz de necesitate</li> </ul>	

**C. Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor**

<b>C.1</b>	<b>Conduita în secția patologia gravidelor.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se apreciază exact termenul gestațional;</li> <li>În lipsa travaliului se efectuează examenul în valve;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea semnelor corioamniotice: febră la gravidă (&gt; 38<sup>0</sup> C), tahicardie la făt (&gt;160b/min), tahicardie la gravidă (&gt;100 b/min); eliminări fetide-purulente din vagin, hipertonus uterin;</li> <li>• Se monitorizează numărul de leucocite, la necesitate - proteina C-reactivă;</li> <li>• În caz de corioamniotită – terminarea urgentă a sarcinii, în caz de lipsă a condițiilor pentru nașterea vaginală se va da preferință operației cezariene.</li> </ul>
<b>C.2</b>	<b>Conduita în sala de naștere.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• În lipsa indicațiilor pentru declanșarea urgentă a nașterii și când permite situația obstetricală (prezență craniană, CTG normală, lipsa semnelor de disproporție fetopelvină și a cicatricii pe uter) se adoptă o tactică expectativă de cel puțin 24 ore.</li> <li>• În caz de RPM la termen la prezența pelvină – conduita conform protocolului „Prezența pelvienă”.</li> <li>• Dacă la pacientă RPM s-a produs între orele 8.00 și 17.00, travaliul se induce a doua zi la orele 6.00 conform protocolul „Declanșarea nașterii” (durata perioadei alichidiene va constitui maximum 24 ore).</li> <li>• Dacă la pacientă RPM s-a produs între orele 17.00 și 8.00, travaliul se induce la orele 6.00 a următoarei zile conform protocolului „Declanșarea travaliului” (durata perioadei alichidiene va constitui între 24 și 36 de ore).</li> <li>• Se recomandă inducția travaliului dacă pacienta se internează cu o perioadă alichidiană mai mare de 24 ore, dar nu după orele 18.00.</li> <li>• Dacă tentativa de inducție este fără de succes, sarcina se termină prin operația cezariană în mod consultativ, indiferent de durata perioadei alichidiene și prezența semnelor de corioamniotită.</li> <li>• Când durata perioadei alichidiene atinge 18 ore – se inițiază profilaxia infecției neonatale cauzată de streptococii grupei B (Ampicilină 2,0, i/v fiecare 6 ore până la naștere).</li> </ul> <p><b>- În caz de col biologic nepregătit (scor Bishop &lt;6), peste 12 ore de la RPM se inițiază pregătirea colului uterin conform protocolului respectiv (doar calea de administrare intravaginală)</b></p>

#### Abrevierile folosite în document

<b>Ps</b>	Pulsul	<b>RPPA</b>	Ruperea prematură a pungii amniotice
<b>T°C</b>	Temperatura corpului	<b>BCF</b>	Bătăile cordului fetal
<b>TA</b>	Tensiunea arterială	<b>CTG</b>	Cardiotocografie fetală

#### Bibliografie

1. ACOG Practice Bulletin Number 1: Clinical management guidelines for Obstetrician-Gynecologists: premature rupture of membranes. June, 1988.
2. Flenady V., King J. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
3. Hannah M., Ohlson A., Farine D. et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. N Engl J Med. — 1996; 334:1005-1010.
4. Simhan H. and al. PPRM diagnosis evaluation and management strategies. Br J Obstetrics and Gynecology, 2005, 112 suppl 1 32-37.
5. Tan B., Hannah M. Oxytocine for prelabour rupture of membranes at term. Cochrane Database Syst. Rev. 2000; (2):CD000157.

#### Elaborat de grupul de autori:

1. Tabuica Uliana, d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie (FECFM) a USMF „N.Testemițianu”.
2. Stavinskaia Liudmila, asistent universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie (FECFM) a USMF „N.Testemițianu”.

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.57 din 24.01.2013

„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat Ruperea prenatală a membranelor la termen”.